

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

EVELYN DA COSTA MARTINS SILVA LOPEZ

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES CIRÚRGICAS DE  
HOSPITAIS DE ENSINO



CURITIBA

2019

EVELYN DA COSTA MARTINS SILVA LOPEZ

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES CIRÚRGICAS DE  
HOSPITAIS DE ENSINO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profª Drª Elaine Drehmer de Almeida Cruz

CURITIBA

2019

Lopez, Evelyn da Costa Martins Silva

Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino [recurso eletrônico] / Evelyn da Costa Martins Silva Lopez – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz

1. Cultura organizacional. 2. Assistência perioperatória. 3. Administração hospitalar. 4. Segurança do paciente. 5. Qualidade da assistência à saúde. I. Cruz, Elaine Drehmer de Almeida. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.


CDD 362.10425

### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **EVELYN DA COSTA MARTINS SILVA LOPEZ**, intitulada: **AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES CIRÚRGICAS DE HOSPITAIS DE ENSINO**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa. A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 18 de Fevereiro de 2019.

  
ELAINE DREHER DE ALMEIDA CRUZ  
Presidente da Banca Examinadora

  
ELIZABETH BERNARDINO  
Avaliador Interno (UFPR)

  
LEILA MARIA MANSANO SARQUIS  
Avaliador Interno (UFPR)



Dedico esse trabalho ao meu esposo, Felipe, por acreditar em meu crescimento,  
incentivar e apoiar em todas as decisões e dificuldades, e confiar, com  
determinação, na minha capacidade durante estes anos.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus** pela oportunidade de, mais uma vez, provar do seu Amor e desfrutar do crescimento espiritual e pessoal conquistado durante as dificuldades e superações.

Ao meu esposo **Felipe** pela força, cumplicidade, tolerância e companheirismo. Obrigada pelo seu Amor!

Aos meus pais **Samuel** e **Ivanilda** e aos meus irmãos, **Ellen**, **Samelyn** e **Lucas**, pelo incentivo e apoio. Obrigada por me inspirar, serem minha fortaleza e pelo sincero Amor.

À **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Drehmer de Almeida Cruz** pela paciência, compreensão, sabedoria, inspiração e orientação. Toda minha admiração e gratidão.

Aos professores do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico** da Universidade Federal do Paraná e aos membros do **Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto – GEMSA**, pelo conhecimento compartilhado e incentivo à esta pesquisa.

Aos **meus colegas** que me apoiaram durante esta pesquisa, em especial, Alissa e Josemar.

Ao **Hospital e Maternidade Sagrada Família** pelo incentivo e apoio à pesquisa, em especial à Enfermeira Evelina, Jaqueline e Doutor Tirso. Gratidão eterna a todos!

Á todos que de forma especial contribuíram para a realização desta pesquisa. Obrigada por tornarem meu desejo possível!

“Se um pouco de ciência nos afasta de Deus, muita ciência nos aproxima outra vez de Deus.”

(Louis Pasteur)

## RESUMO

Esta pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa analisou a cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de três hospitais de ensino da região Sul do Brasil. A população foi composta por profissionais de saúde, entre médicos assistenciais e residentes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem lotados em unidades de internação cirúrgica e centro cirúrgico. A pesquisa foi realizada no período de maio de 2017 a março de 2018 com 381 participantes, sendo 158 do hospital federal, 121 do hospital privado e 102 do hospital estadual. A coleta dos dados foi realizada com a aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* que mensura a percepção de profissionais sobre a segurança do paciente através de 12 dimensões relacionadas ao hospital, à unidade de trabalho e às variáveis de resultado. Para a comparação entre os três hospitais utilizou-se o modelo de análise da variância (ANOVA) com um fator ou o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Em relação às variáveis categóricas as comparações foram feitas usando-se o teste de Qui-quadrado; valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística. A confiabilidade do instrumento foi testada por meio do teste Alfa de Cronbach. Os resultados apontam que o tipo de gestão hospitalar e a categoria profissional estiveram associadas à percepção sobre a segurança do paciente. A única dimensão fortalecida ( $\geq 75\%$ ) identificada foi “Trabalho em equipe dentro das unidades”, com 77% de respostas positivas no serviço de saúde privado ( $p < 0,001$ ). Respostas fortalecidas na dimensão “Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança” foram expressas positivamente pela enfermagem nos hospitais públicos, estadual e privado. As dimensões “Apoio da gestão para a segurança do paciente”, “Percepção geral da segurança do paciente”, “Retorno da informação e comunicação sobre o erro”, “Adequação de profissionais”, “Passagem de plantão/turnos e transferências” e “Respostas não punitivas ao erro” apresentaram-se fragilizadas ( $\leq 50\%$ ) nos três hospitais. Conclui-se que a gestão assumida no serviço de saúde privado beneficia a cultura de segurança, quando comparada à gestão pública estadual e federal. A enfermagem percebe mais favoravelmente a segurança do paciente. Os profissionais médicos e de enfermagem das unidades cirúrgicas dos hospitais avaliados expressam cultura punitiva frente aos erros, reforçando a necessidade de solidificar estratégias para a mudança deste paradigma.

Palavras-chave: Cultura Organizacional. Assistência Perioperatória. Administração Hospitalar. Segurança do Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

This evaluative research of quantitative approach analyzed the culture of patient safety in surgical units of three teaching hospitals in the southern region of Brazil. The population was comprised of health professionals, among care physicians and residents, nurses, technicians and nursing assistants who were crammed into units of surgical hospitalization and surgical center. The survey was conducted from May 2017 to March 2018 with 381 participants, 158 of the federal hospital, 121 of the private hospital and 102 of the state hospital. The data collection was carried out with the application of the instrument Hospital Survey on Patient Safety Culture that measures the perception of professionals about patient safety through 12 dimensions related to the hospital, the unit of work and the outcome variables. For the comparison between the three hospitals the variance analysis model (ANOVA) with one factor or the non-parametric Kruskal-Wallis test was used. In relation to the categorical variables the comparisons were made using the Chi-square test; values of  $p < 0.05$  indicated statistical significance. The reliability of the instrument was tested using the Cronbach Alpha test. The results indicate that the type of hospital management and the professional category were associated with the perception about patient safety. The only strengthened dimension ( $\geq 75\%$ ) was "Teamwork within the units", with 77% positive responses in the private health service ( $p < 0.001$ ). Responses strengthened in the dimension "Expectations about their supervisor / boss and actions promoting safety" were expressed by nursing in public, state and private hospitals. The dimensions "Support management for patient safety", "General perception of patient safety", "Return of information and communication about the error", "Professional Adequacy", "Shift report / shifts and transfers" and "Non-punitive error responses" were found to be fragile ( $\leq 50\%$ ) in the three hospitals. It is concluded that the management assumed in the private health service benefits the safety culture, when compared to the state and federal public management. Nursing perceives patient safety more favorably. The medical and nursing professionals of the surgical units of the evaluated hospitals express punitive culture against the errors, reinforcing the need to solidify strategies for the change of this paradigm.

**Keywords:** Organizational Culture. Perioperative Care. Hospital Administration. Patient Safety. Quality of Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	FÓRMULA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAL DE RESPOSTAS POSITIVAS .....	46
GRÁFICO 1 –	DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE TODOS OS PROFISSIONAIS NOS TRÊS HOSPITAIS.....	49
GRÁFICO 2 –	PERCENTUAL DE RESPOSTAS POSITIVAS DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA – HOSPITAL A.....	51
GRÁFICO 3 –	PERCENTUAL DE RESPOSTAS POSITIVAS DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA – HOSPITAL B.....	54
GRÁFICO 4 –	PERCENTUAL DE RESPOSTAS POSITIVAS DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA – HOSPITAL C.....	56
GRÁFICO 5 –	VARIÁVEL DE RESULTADO PERCEPÇÕES GENERALIZADAS SOBRE A SEGURANÇA NOS TRÊS HOSPITAIS.....	83
GRÁFICO 6 –	VARIÁVEL DE RESULTADO NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS NOS TRÊS HOSPITAIS.....	85



## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 –	METAS INTERNACIONAIS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	29
QUADRO 2 –	COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH OBTIDOS PARA CADA DIMENSÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA.....	58

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA.....	41
TABELA 2 –	VARIÁVEIS SOCIOLABORAIS.....	47
TABELA 3 –	DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA NOS HOSPITAIS.....	50
TABELA 4 –	PERCENTUAL DE RESPOSTAS POR DIMENSÃO E POR PROFISSIONAIS NO HOSPITAL A.....	52
TABELA 5 –	PERCENTUAL DE RESPOSTAS POR DIMENSÃO E POR PROFISSIONAIS NO HOSPITAL B.....	55
TABELA 6 –	PERCENTUAL DE RESPOSTAS POR DIMENSÃO E POR PROFISSIONAIS NO HOSPITAL C.....	57
TABELA 7 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: TRABALHO EM EQUIPE DENTRO DAS UNIDADES.....	59
TABELA 8 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: TRABALHO EM EQUIPE DENTRO DAS UNIDADES ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	60
TABELA 9 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: EXPECTATIVAS SOBRE SEU SUPERVISOR/CHEFE E AÇÕES PROMOTORAS DE SEGURANÇA.....	61
TABELA 10 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: EXPECTATIVAS SOBRE SEU SUPERVISOR/CHEFE E AÇÕES PROMOTORAS DE SEGURANÇA ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	62
TABELA 11 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: APRENDIZADO ORGANIZACIONAL – MELHORIA CONTÍNUA.....	63
TABELA 12 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: APRENDIZADO ORGANIZACIONAL – MELHORIA CONTÍNUA ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	64
TABELA 13 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: APOIO DA GESTÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	65

TABELA 14 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: APOIO DA GESTÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	66
TABELA 15 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: PERCEPÇÃO GERAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	67
TABELA 16 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: PERCEPÇÃO GERAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	68
TABELA 17 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: RETORNO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOBRE O ERRO.....	69
TABELA 18 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: RETORNO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOBRE O ERRO ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	70
TABELA 19 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: ABERTURA DA COMUNICAÇÃO.....	71
TABELA 20 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: ABERTURA DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	72
TABELA 21 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: FREQUÊNCIA DE RELATO DE EVENTOS.....	73
TABELA 22 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: FREQUÊNCIA DE RELATO DE EVENTOS ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	74
TABELA 23 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: TRABALHO EM EQUIPE ENTRE AS UNIDADES.....	75
TABELA 24 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: TRABALHO EM EQUIPE ENTRE UNIDADES ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	76
TABELA 25 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DE PROFISSIONAIS.....	77

TABELA 26 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	78
TABELA 27 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: PASSAGEM DE PLANTÃO/TURNOS E TRANSFERÊNCIAS.....	79
TABELA 28 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: PASSAGEM DE PLANTÃO/TURNOS E TRANSFERÊNCIAS ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	80
TABELA 29 –	DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: RESPOSTAS NÃO PUNITIVAS AO ERRO.....	81
TABELA 30 –	COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: RESPOSTAS NÃO PUNITIVAS AO ERRO ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS.....	82
TABELA 31 –	NOTA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS HOSPITAIS E NAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS.....	84
TABELA 32 –	NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS NOS HOSPITAIS E NAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS.....	85

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*  
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa  
CSS - *Culture Safety Survey*  
EUA - Estados Unidos da América  
EA - Evento Adverso  
HE - Hospitais de Ensino  
HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*  
IOM - *Institute of Medicine*  
NPSA - *National Patient Safety Agency*  
NQF - *National Quality Forum*  
NSP - Núcleos de Segurança do Paciente  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PNSP - Programa Nacional para a Segurança do Paciente  
QuIC - *Quality Interagency Coordination Task Force*  
SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*  
SUS – Sistema Único de Saúde  
WHO - *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
1.1	CONTEXTO E PROBLEMA.....	19
1.2	OBJETIVO.....	25
<b>2</b>	<b>REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....</b>	<b>26</b>
2.2	SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES CIRÚRGICAS .....	30
2.2.1	Os incidentes cirúrgicos e sua interface com a segurança do paciente .....	30
2.3	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E O ERRO HUMANO .....	33
2.3.1	Cultura de Segurança do paciente em unidades cirúrgicas .....	37
2.4	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE <i>HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE</i> .....	38
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>42</b>
3.1	DESENHO, PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO .....	42
3.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO E COLETA DE DADOS .....	43
3.4	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	45
3.5	ASPECTOS ÉTICOS .....	46
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
4.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E LABORAIS DOS PARTICIPANTES .....	47
4.2	DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS HOSPITAIS.....	48
4.2.1	Hospital A - Administração Federal .....	51
4.2.2	Hospital B - Administração privada.....	53
4.2.3	Hospital C - Administração estadual.....	55
4.3	ANÁLISE DAS DIMENSÕES E VARIÁVEIS DE RESULTADO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES CIRÚRGICAS .....	58
4.3.1	Propriedades psicométricas do instrumento de pesquisa .....	58
4.3.2	Dimensão Trabalho em equipe dentro das unidades .....	58
4.3.3	Dimensão Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança.....	61
4.3.4	Dimensão Aprendizado organizacional – melhoria contínua .....	63
4.3.5	Dimensão Apoio da gestão para a segurança do paciente.....	65
4.3.6	Dimensão Percepção geral da segurança do paciente.....	67
4.3.7	Dimensão Retorno da informação e comunicação sobre o erro .....	69
4.3.8	Dimensão Abertura da comunicação.....	71



4.3.9	Dimensão Frequência de relato de eventos .....	73
4.3.10	Dimensão Trabalho em equipe entre as unidades .....	75
4.3.11	Dimensão Adequação de profissionais .....	77
4.3.12	Dimensão Passagem de plantão/turnos e transferências .....	79
4.3.13	Dimensão Respostas não punitivas ao erro .....	81
4.3.14	Variável de Resultado Percepções generalizadas sobre a segurança .....	83
4.3.15	Variável de resultado Número de eventos notificados .....	84
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>86</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>97</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>98</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>99</b>
	<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>112</b>
	<b>ANEXO B - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL A</b>	<b>115</b>
	<b>ANEXO C - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL B</b>	<b>119</b>
	<b>ANEXO D - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL C</b>	<b>125</b>
	<b>ANEXO E - PARECER EMENDA INCLUSÃO DE PESQUISADOR.....</b>	<b>128</b>
	<b>ANEXO F - QUESTIONÁRIO <i>HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY</i></b> <b><i>CULTURE</i> – HSOPSC .....</b>	<b>132</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

A Segurança do Paciente, tema amplamente discutido em serviços de saúde, e nos meios científicos, é entendida como minimização dos danos e riscos desnecessários a um nível aceitável. A assistência ao paciente deve ser fornecida de forma segura, devendo os profissionais de saúde desempenhar ações que reflitam essa segurança. (WHO, 2017).

Contudo, no contexto assistencial a ocorrência de danos aos pacientes é uma realidade, por vezes, decorrentes de falhas, resultando em lesões permanentes, aumento do período de internação e até mesmo morte. A segurança e a qualidade são dimensões críticas na prestação de serviços de saúde (WHO, 2017) por impactarem, diretamente, nos resultados obtidos e na recuperação do paciente.

Portanto, a preocupação com a segurança desperta para a necessidade de revisar os processos assistenciais a fim de identificar possíveis falhas antes que atinjam o paciente (VIACAVA; UGÁ; PORTO, et al., 2012). Deve-se conhecer quais são os processos mais críticos e com maior probabilidade para incidentes, com vistas a reestruturá-los com ações eficazes de prevenção. Estas ações, se realizadas de forma correta, seguindo protocolos específicos e associadas às barreiras de segurança, reduzem os Eventos Adversos (EA) e incidentes relacionados à assistência à saúde. (ANVISA, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017) aponta que falhas estão mais frequentemente associadas a procedimentos cirúrgicos (27%), seguido de erros de medicação (18,3%) e infecções relacionadas aos serviços de saúde (12,2%).

O erro, entendido como consequência de atos inseguros, constitui falha na conclusão de uma ação planejada como foi pretendida, ou quando um plano incorreto é usado. Uma sequência de atos inseguros que se prolongam, despercebidos, molda uma cultura corporativa distinta, e cria fatores geradores de erros nos locais de trabalho. (KEERS; WILLIAMS; COOKE, et al., 2013).

A publicação pioneira *“To err is human”* do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América alertou sobre os riscos inerentes aos cuidados de saúde. Com amplo impacto ao público, o relatório expôs a necessidade de fortalecer a cultura de

segurança nas organizações como medida essencial para a melhoria da segurança do paciente no meio hospitalar. (IOM, 2000). Essa é “compreendida como os valores, as atitudes, as competências e os padrões de comportamentos individuais e coletivos, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão para uma organização segura”. (WHO, 2009).

Após 15 anos desta publicação, análise demonstra que o tema cultura de segurança persiste como fundamental para a segurança do sistema. Deve-se garantir que líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança em cuidados de saúde, com incentivo à honestidade, com promoção da aprendizagem, responsabilidade individual e organizacional. (GANDHI; BERWICK; SHOJANIA, 2016).

Contudo, a cultura punitiva, presente historicamente nas instituições, é capaz de gerar mais danos do que benefícios, e não contribui para a extinção do erro. Por outro lado, comunicar o erro é fundamental para prevenir a sua recorrência, pois a partir do relato se configura a necessidade de desenhar estratégias de melhoria. A título de exemplo, erros de medicação recorrentes só serão prevenidos se relatados; o não conhecimento das fragilidades torna os erros recorrentes e deprecia a qualidade do serviço. Logo, a atitude a ser assumida pelas instituições deve ser a embasada por cultura educacional, não punitiva, a partir dos relatórios e análise de erros e EA. (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014). Deste modo, promover a cultura de segurança consiste em uma das ações em busca da assistência segura, sendo fundamental dimensionar os problemas da instituição como base para planejamento e fortalecimento de ações.

Neste sentido, a cultura dos profissionais deve refletir desempenho multidimensional e estar alinhada à política institucional, com aperfeiçoamento das equipes de saúde, utilização de boas práticas em serviço, aprimoramento dos recursos tecnológicos e melhoria dos ambientes de trabalho. (ANVISA, 2017). A cultura institucional influencia, diretamente, nos problemas de segurança, pois manifesta-se como barreira em prol do sistema seguro. (PAESE; SASSO, 2013).

Nesta perspectiva, compor uma cultura de segurança positiva nos serviços de saúde é fundamental para reduzir e prevenir danos, através do aprendizado a partir dos erros, e o estabelecimento de novos processos. (HANDLER; CASTLE; STUDENTSKI, et al., 2006). Conforme apresentado pelo Programa Nacional para a Segurança do Paciente (PNSP) são características da cultura de segurança: assumir

a responsabilidade pela sua própria segurança e circundantes; colocar a segurança acima das metas financeiras; estimular a identificação, notificação e resolução de fragilidades que interferem na segurança; aprender com os erros; e manter efetividade nas ações planejadas. (BRASIL, 2013a).

Portanto, analisar a cultura organizacional possibilita conhecer sua percepção por meio das ações e reações, capazes de determinar as oportunidades de desenvolvimento da organização e seus resultados. A cultura é construída a partir da sequência de momentos, que determinam o caráter duradouro que expressa normas, padrões, valores, códigos informais estabelecidos na prática, muitas vezes implícitos e não regulamentados. Para conhecer tal cultura é necessário acompanhar a instituição por um certo período de tempo e verificar a existência de fatores que a expressam. (SANTOS, 2017).

É possível medir e avaliar a cultura de segurança por meio de questionários. Estudo identificou nove instrumentos autoaplicáveis: SLOAPS - *Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety*; PSCHO - *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations*; VHA PSCQ - *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire*; HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*; CSS - *Culture of Safety Survey*; SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*; SSC - *Safety Climate Survey*; MSSA - *Medication Safety Self Assessment*; e HTSSCS - *Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey*. Todos os instrumentos utilizaram escalas *Likert*, e possuem cinco dimensões em comum: liderança, políticas e procedimentos, pessoal, comunicação e relatórios de EAs. (COLLA, BRACKEN, KINNEY et al., 2005).

Neste contexto, o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos, em 2004, para avaliar as múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente. Este instrumento foi traduzido, adaptado e validado transculturalmente para o contexto brasileiro. É composto por 42 itens que mensuram a percepção dos profissionais de saúde, distribuídos em 12 dimensões de cultura de segurança: frequência do relato de eventos; percepções gerais da segurança do paciente; expectativas e ações do supervisor/administrador para a promoção da segurança do paciente; melhoria contínua do ensino organizacional; trabalho em equipe dentro das unidades hospitalares; facilidade de comunicação/feedback; comunicação e informação sobre erros; respostas não punitivas ao erro; pessoal; apoio da gestão para a segurança do paciente; trabalho em equipe em todas as

unidades hospitalares; e transferências e transições. (REIS; LAGUARDIA; VASCONCELOS, et al., 2016).

Levantamento realizado pela AHRQ em 2015, demonstrou que cerca de 60 países haviam publicado estudos utilizando este instrumento, disponível em cerca de 30 traduções diferentes, fundamentada por inúmeras adaptações transculturais. (AHRQ, 2016). Revisão sistemática identificou que a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” apresenta-se fortalecida em países em diferentes estágios de desenvolvimento e em períodos diferentes de avaliação; diversamente, a dimensão “respostas não punitivas ao erro” representou fragilidade em cerca de 70% dos estudos avaliados. (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018).

A abordagem “*no-blame*”, ou “sem-culpa” foi responsável por muitos avanços na segurança do paciente, mas a cultura punitiva em relação à ocorrência de EA ainda existe nos hospitais. Essa desencoraja a equipe quanto à comunicação sobre o erro, dificultando a constatação das causas e, portanto, impede o aprendizado a partir dos erros. Nesta perspectiva, a revisão do HSOPSC propõe a construção de nova versão que contenha o conceito de “cultura justa”, a fim de absorver as sugestões dos profissionais. (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018).

Considerando avaliar a cultura de segurança no cenário onde se pretende atuar é importante para planejar melhorias. Entre as organizações de saúde, o hospital constitui serviço complexo que representa um conjunto de processos inteirados entre os setores, cuja missão é harmonizar seu funcionamento para que o produto final reflita qualidade e segurança no atendimento ao paciente. (SILVA; ROSA, 2016). No Brasil, os Hospitais de Ensino (HE) pertencem, ou são conveniados, a uma Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, e campo para o ensino em saúde, por meio de práticas nele desenvolvidas, dispondo de programas de residência para profissionais de diversas categorias. (BRASIL, 2015).

A incidência de EA cirúrgicos potencialmente evitáveis foi avaliada por dois autores, através de revisão sistemática, com registros de 16.424 pacientes. Os EA ocorreram em 14,4% dos pacientes (IQR 12,5 a 20,1%), potencialmente evitáveis estavam presentes em 5,2% das avaliações (IQR 4,5 a 7,0%). Dentre as consequências, 3,6% foram fatais (IQR 3,1 a 4,4%), 10,4% foram severas (IQR 8,5 a 12,3%), e 34,2% moderadas (IQR 29,2 a 39,2%). (ANDERSON; DAVIS; HANNA et. al., 2013). Na Suíça, a avaliação de 1000 internações hospitalares, revelou que os EA foram duas vezes mais frequentes entre os pacientes cirúrgicos, e entre os EA

evitáveis, a maioria resultou em comprometimento grave. (HALFON; STAINES; BURNAND, 2017)

A mortalidade cirúrgica varia entre 0,4% a 0,8% nos países industrializados, segundo a OMS (2009), e pode alcançar 10% em cirurgias de maior complexidade em países em desenvolvimento. Pacientes vítimas de EA cirúrgicos têm entre 3 a 16% do tempo de internação prolongado, impactando significativamente os custos hospitalares. (OMS, 2009).

A avaliação de 82.784 hospitalizações cirúrgicas nos EUA identificou ao menos um EA em 6,5% (5.368) dessas. Entre os EA mais incidentes verificados, inclui-se o gerenciamento do cuidado, administração de medicamentos e relacionado a procedimentos invasivos. (ZEESHAN; DEMBE; SEIBER et al., 2014).

Também, de acordo com a Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015, do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, os HE são classificados em diferentes níveis. Para ser certificado como HE Tipo I, deverão: possuir internato médico curricular obrigatório por área de atuação, ou no mínimo, 20 alunos respeitando a carga horária de até 35% do total de horas do curso de medicina; se houver programa de residência no município, ser cenário prático para atividades hospitalares de residência de medicina geral de família e comunidade; ofertar ao menos dois programas de residência médica, próprios ou conveniados, em áreas prioritárias para o SUS, com número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% de seu número total de leitos operacionais; garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os programas de residência, respeitando um preceptor com carga horária de 20 horas semanais para cada três residentes, ou um preceptor com carga horária de 40 horas semanais para cada seis residentes, e um preceptor para cada 12 alunos de internato. (BRASIL, 2015).

Como HE Tipo II, para receber certificação deverão cumprir, além do preconizado para certificação tipo I, obrigações específicas. As principais estão destacadas a seguir: desenvolver atividades curriculares de, no mínimo, três cursos de graduação na área da saúde, obrigatoriamente a enfermagem com carga horária de até 20% do total da carga horária do curso; oferecer programas de residência médica e multiprofissional, sendo pelo menos quatro programas de residência médica em áreas prioritárias para o SUS, um programa de residência multiprofissional e obrigar programa de graduação *stricto sensu* em área da saúde; dispor de UTI tipo II ou III; possuir ao menos uma habilitação em alta complexidade para maternidade de



referência para gestante ou recém-nascido de alto risco, oncologia, ortopedia, neurologia, cardiologia, transplantes e terapia renal substitutiva; e executar as ações previstas no Programa Nacional de Segurança do Paciente, com Núcleo de Segurança do Paciente em funcionamento, Planos de Segurança do Paciente implementados e, no mínimo, quatro protocolos de Segurança do Paciente. (BRASIL, 2015).

Considerando que os futuros profissionais não devem ser preparados com a noção de que errar é um ato inaceitável, mas que pode ser prevenido, o desenvolvimento da cultura de segurança positiva em HE contribui na formação de profissional engajado em princípio de qualidade da assistência. Embora a qualidade e a segurança devam ser promovidas em todos os serviços de saúde, independentemente da condição de saúde e da intensidade dos cuidados necessários (TEREANU; SAMPIETRO; SARNATARO, et al., 2015), considera-se que o modelo assistencial dos HE poderá servir como exemplo. E, neste contexto, deve-se instrumentalizar os futuros profissionais para a prevenção de erros e desenvolver a cultura de segurança. (WEGNER; SILVA; KANTORSKI, et al., 2016).

Organizações de saúde, como o *National Quality Forum* - Estados Unidos, compartilham a importância da cultura de segurança; esta apresenta quatro recomendações para fortalecimento do tema: desenvolvimento de estruturas e sistemas de liderança para a segurança; monitoramento, *feedback* e intervenção na cultura de segurança; formação para o trabalho em equipe e habilidades; e implantação sistemática de gerenciamento dos riscos inerentes à assistência. (NQF, 2010). Deste modo, destaca-se o desenvolvimento da cultura de segurança em HE ao reconhecer o seu papel fundamental na formação profissional.

No Brasil, o PNSP preconiza diversas ações, tais como a elaboração dos Planos de Segurança e implantação de Núcleos de Segurança; e considera que a cultura de segurança do paciente é o elemento que percorre todos os eixos nos desdobramentos dessas políticas. A cultura de segurança é considerada fundamental na elaboração de ações prioritárias nas instituições de saúde do Brasil. (ANVISA, 2014). No entanto, apenas abordar sobre a cultura não é suficiente. Deve-se identificar estratégias para criar, efetivamente, uma cultura de segurança e aplicá-las ampla e sistematicamente, no sistema de saúde. Uma das estratégias propostas é sua mensuração, para subsidiar métodos capazes de fortalecê-la. (GANDHI; BERWICK; SHOJANIA; 2016), em especial nas fragilidades identificadas.

Embasados em tais premissas, justifica-se a presente pesquisa, a qual tem como questão norteadora: Como se apresenta a cultura de segurança em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino da capital paranaense?

## 1.2 OBJETIVO

Analisar a cultura de segurança em unidades cirúrgicas e centros cirúrgicos de hospitais de ensino da capital paranaense.

## 2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

### 2.1 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

A evolução progressista observada no contexto da segurança do paciente compreendeu diversas influências para então assumir a relevância atual. A preocupação com esta temática foi observada no século quatro antes de Cristo, por Hipócrates, com a construção da frase “*primum non nocere*” que significa “nunca causarei dano a ninguém”. Considerado o pai da Medicina contemporânea, Hipócrates destacou a importância da segurança do paciente e a fragilidade dos atos assistenciais. Notoriamente, Florence Nightingale no século XIX observou que as condições precárias que acomodavam os soldados da Guerra da Criméia convergiram à necessidade de valorar a segurança como fator fundamental para a recuperação dos doentes. (SOUSA; MENDES, 2014).

O médico húngaro Ignaz Semmelweis, no século XVII, constatou que a incidência de febre apresentada por mulheres no período puerperal poderia ser reduzida com a introdução da higienização das mãos. Ele analisou que as taxas de febre no pós-parto de mulheres atendidas por parteiras eram menores em relação às atendidas por médicos e estudantes de medicina nas enfermarias do Hospital da Mulher em Viena. (TSCHUDIN-SUTTER; PARGGER; WIDMER, 2010).

Em 1911, Ernest Codman publicou os primeiros resultados de estudos que analisaram as falhas ocorridas no tratamento de pacientes, enfatizando a necessidade e importância de garantir a segurança nos procedimentos médicos. (SOUSA; MENDES, 2014). Na mesma década foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões, e estabelecido o Programa de Padronização Hospitalar. Este preconizou cinco diretrizes para garantir a qualidade da assistência aos pacientes com a abordagem de padrões, tais como: exercício da prática profissional no hospital por grupo de médicos que compunham o corpo clínico, graduados em Medicina e com licença legal para exercê-la, aceitos na instituição após aprovação de conselho diretor do hospital; revisão e análise da experiência clínica destes médicos através do prontuário dos pacientes; completude e precisão dos registros dos pacientes, acessível a todo o hospital; e disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos para estudo diagnóstico e terapêutico dos pacientes. Os padrões assumidos previam garantir a qualidade da assistência aos pacientes. (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1918, com a criação da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, surgiu o trabalho *Diseases of Medical Progress*, evidenciando a prevalência e evitabilidade de prejuízos à saúde do paciente não decorrente de causas naturais, e que o processo de sofisticação tecnológica do cuidado em saúde se tornou inseguro. (SOUSA; MENDES, 2014).

Estudo relevante para o período foi realizado em 1984, no Estado de Nova Iorque que analisou 30.121 registros selecionados aleatoriamente de 51 hospitais não-psiquiátricos. Este identificou que EA ocorreram em 3,7% das hospitalizações, e 27,6% foram devido à negligência. Desses, 70,5% originaram incapacidade que durou menos de seis meses, 2,6% causaram lesões permanentes, e 13,6% levaram à morte. (BRENNAN; LEAPE; LAIRD et al., 1991).

Em 1990, o psicólogo britânico James Reason, com a publicação *Human Error*, mudou a forma de abordagem sobre o erro. O definiu como a incapacidade de concluir uma ação planejada (erro de execução) ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planejamento). (REASON, 2009). No relatório publicado por Reason, *To err is human*, este estimou que cerca de 44 a 98 mil pacientes internados são vítimas de erros evitáveis por ano nos hospitais americanos, uma estimativa que galvanizou a segurança do paciente à vista do meio científico e social. A partir dessa publicação, esforços substanciais foram assumidos para identificar a fonte dos erros e elaborar estratégias de prevenção. (IOM, 2000).

Na mesma década, a formação da *National Patient Safety Foundation (NPSF)* pela *American Medical Association (AMA)* teve o objetivo de estimular a liderança, promover a conscientização e melhorar a criação de conhecimento sobre segurança do paciente, como reconhecimento aos esforços em prol da segurança do paciente. (NPSF, 2018).

A partir da década de 2000 a segurança do paciente passou a ser reconhecida internacionalmente, e diversos países assumiram iniciativas com a implementação de institutos, organizações e associações, dentre os quais se destacam os EUA, Inglaterra, Irlanda, Austrália, Dinamarca, Canadá, Espanha, França, Nova Zelândia e Suécia (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Houve fortalecimento do tema na Europa com a criação do *European Network for Patient Safety* cuja missão era incluir 27 estados de seu território à temática proposta. (EUNetPaS, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2004, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que possui a missão de coordenar, disseminar e

acelerar ações em prol da segurança do paciente mundialmente, e teve como elemento central a formulação dos Desafios Globais para a Segurança do Paciente. A cada período a OMS lança um tema prioritário e propõe ações fundamentais para reduzir o risco de dano desnecessário ao paciente. (WHO, 2008). Em 2005, foi lançado o primeiro desafio global, este centrado na prevenção e redução de infecções, com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” e enfoque na higienização das mãos. Em 2007, o segundo desafio global de segurança do paciente teve foco na segurança cirúrgica, com o tema “Cirurgia Seguras salvam Vidas”. No ano 2017, a OMS lançou o terceiro desafio global, “Medicação sem Danos”, com o objetivo de reduzir danos associados à medicação. (ANVISA, 2017).

Em consonância à elaboração de soluções para a segurança do paciente estimada, a OMS designou a *Joint Commission International* (JCI) como referência ao tratamento de ações e intervenções para a prevenção de dano ao paciente. (JCI, 2013). Para promover melhorias em áreas problemáticas específicas, a OMS e a JCI, em 2011, lançaram seis metas internacionais para a segurança do paciente, com o detalhamento de ações a serem assumidas pelas instituições de saúde, conforme apresentado no quadro 1. (JCI, 2013).

O Brasil compõe o grupo de países estado-membro da OMS e desenvolve ações pautadas na segurança do paciente. Como em outros países em desenvolvimento, a pesquisa sobre a segurança do paciente no Brasil tem se concentrado na frequência de eventos associados a causas específicas. (ANVISA, 2013). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), desde 1999 desenvolve ações para a segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Em 2001 criou a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, encorajando os serviços de saúde a notificar os EAs relacionados a produtos de saúde no Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), e criar medidas institucionais que promovam a identificação de riscos, análise das ocorrências e estratégias de melhoria. Em 2007 publicou a proposta nacional para a segurança do paciente, de acordo com as recomendações da OMS, com o objetivo de identificar os problemas nos serviços de saúde. (BRASIL, 2013b).

QUADRO 1 – METAS INTERNACIONAIS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

META	DESCRIÇÃO
1 - Identificar os pacientes corretamente	Falhas no processo de identificação dos pacientes podem causar erros graves como a administração de medicamentos e cirurgias em "pacientes errados".
2 - Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência	Erros de comunicação entre os profissionais da assistência podem causar danos aos pacientes.
3 - Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância	A preocupação não se concentra somente em medicamentos como psicotrópicos ou quimioterápicos; soluções de eletrólitos em altas concentrações para uso endovenoso são potencialmente perigosas.
4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto	Cirurgias ou procedimentos invasivos em locais ou membros errados são erros totalmente preveníveis decorrentes de falhas na comunicação e na informação.
5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde	A OMS estima que, entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais, adquirem uma ou mais infecções. A higiene das mãos, de acordo com as diretrizes atuais da OMS ou do <i>Center for Disease Control</i> , é uma medida primária preventiva.
6 - Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas	Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e de ordem legal.

FONTE: JCI, 2013.

No ano de 2013, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com vistas à qualificação do cuidado em saúde nos estabelecimentos de saúde do Brasil. (BRASIL, 2013b). No mesmo ano, através da RDC 36/2013, foi proposta a implementação dos núcleos de segurança do paciente, plano anual de segurança do paciente e monitoramento e notificação dos EA nos serviços de saúde. (BRASIL, 2013b). O PNSP e a RDC 36/2013, propõe a melhoria da cultura de segurança como estratégia na prevenção de incidentes e EA.

No contexto da enfermagem, em 2005 no Chile foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente pela Organização Pan-Americana de Saúde, a fim de definir as prioridades da enfermagem na Segurança do Paciente entre os países e fortalecer a atuação desta categoria a partir de evidências científicas em prol da assistência segura ao paciente. (REBRAENSP, 2014). No Brasil, a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) em 2008 abrigou a classe com a estruturação de polos e núcleos por todo o território nacional. O propósito principal desta estratégia é difundir a relevância de mudanças culturais e a implementação da cultura de segurança nas instituições de saúde, entre os usuários e seus familiares, nas escolas, universidades, e organizações governamentais. (REBRAENSP, 2014).



## 2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES CIRÚRGICAS

### 2.2.1 Os incidentes cirúrgicos e sua interface com a segurança do paciente

Em comparação a outras especialidades, os erros atrelados à procedimentos cirúrgicos podem ser potencialmente catastróficos, resultando em grande impacto à saúde do paciente, à imagem e integridade da equipe cirúrgica, e prejuízos morais e financeiros à instituição. Procedimentos realizados em paciente errado ou com a finalidade incorreta, compressas cirúrgicas esquecidas, transfusões sanguíneas não controladas, transplante de órgãos incompatíveis e alergias negligenciadas são exemplos de eventos potencialmente catastróficos, que podem ser evitados por meio da melhoria da comunicação e sistemas mais seguros. (MAKARY; SEXTON; FREISCHLAG et al., 2006).

Em 2004, pesquisa realizada no sudoeste do Brasil sobre a ocorrência de erros médicos, demonstrou que as causas dos erros foram associadas a condutas éticas, negligência, imprudência e imperícia dos profissionais, mais frequentes nas especialidades cirúrgicas. (MACRI; GOLONI-BERTOLLO; PAVARINO-BERTELLI et al., 2004).

Os erros médicos, cirúrgicos ou não, são considerados, no direito penal, como crimes culposos, descritos como aquele em que o agente deu uma causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. Se os profissionais de saúde, durante sua atuação, determinam a morte ou comprometimento da integridade física ou de saúde do paciente, respondem por seu ato, se a conduta for considerada culposa. A expressão “erro médico” não define apenas os erros dos profissionais médicos, mas pode envolver outros da área da saúde. (GOMES, 2017).

A atitude impensada, sem cautelas, é considerada imprudente, quando o indivíduo não reflete sobre os possíveis danos para assim os evitar. A negligência caracteriza os atos com indiferença do agente que, podendo tomar as cautelas exigíveis, quando o profissional não o faz por displicência ou preguiça mental. A imperícia é a incapacidade, a falta de conhecimentos técnicos no exercício da profissão. (GOMES, 2017).

O cirurgião, por exemplo, que opera o membro errado do paciente, é imperito. A ocorrência de lesões de pele no paciente submetido à procedimento cirúrgico, por

não uso de recursos para alívio de pressão, é negligência do profissional que o posicionou. O profissional que submete o paciente a condições adversas de antissepsia cirúrgica, conhecendo essa privação, age com imprudência.

Dentre os fatores relacionados ao erro humano observam-se as falhas ativas, decorrentes de atos inseguros realizados por pessoas em contato direto com o sistema, representados por lapsos, esquecimentos, perdas, erros e violações. E as condições latentes, representadas por problemas específicos do sistema, já existentes, que se originam do posicionamento a nível gerencial mais elevado através de decisões ou medidas adotadas antes da falha, provocando ou não erros. (DUARTE; QUEIROZ; BUSCHER et al., 2015). Em relação ao erro médico, dentre os fatores que atuam neste contexto, associa-se às falhas na organização dos serviços (estruturais), ou específicas a um evento (pontuais), as falhas de comunicação entre as equipes ou entre os membros da equipe, e o descuido dos profissionais de saúde. (GOMES; SILVA; MORAIS et al., 2016).

A enunciação do erro constitui uma obrigação moral e ética dos profissionais de saúde, porém diante do medo da reação do paciente e das ações disciplinares envolvidas, instaurou-se a cultura do silêncio. A cultura de não relato dos erros culminou em atraso ao aprendizado a partir deles, comprometendo assim a promoção da segurança do paciente. (REASON, 2000).

A primeira série de relatos sobre a segurança do paciente publicada em 1990, trouxe a definição de erro como a incapacidade de uma ação planejada ser concluída ou compreendida (erro de execução), sem que haja algum imprevisto; ou a utilização de um plano incorreto para atingir um objetivo (erro de planejamento). O autor desta série, James Reason, publicou o Modelo do Queijo Suíço de acidentes organizacionais, propondo que um erro ocorrido no nível do operador de linha de frente do trabalho é resultado do alinhamento de uma série de erros latentes. (REASON, 2000). A ação sobre este modelo é diminuir os orifícios do queijo suíço e criar diversas camadas sobrepostas, para impedir o realinhamento dos orifícios e evitar que o erro aconteça. (WATCHER, 2013).

No contexto do cuidado cirúrgico ao paciente, as barreiras capazes de diminuir a ocorrência do erro são os treinamentos dos profissionais, uso de protocolos e de *checklist* cirúrgico, a antissepsia cirúrgica, o posicionamento durante procedimentos, a higiene e degermação das mãos, entre outros.

Os erros são, por definição, não intencionais, enquanto os incidentes podem ser oriundos de atos intencionais ou não intencionais. (WHO, 2009). As principais causas para a ocorrência de EA cirúrgicos estão relacionadas à sobrecarga de trabalho, distrações e desatenção na passagem de plantão, falta de comunicação entre os membros da equipe, rotina na programação de procedimentos eletivos. (MOURA; MENDES, 2012).

Estudo demonstrou que ocorrem, em média, 60 interrupções ou distrações durante o procedimento cirúrgico, a maior parte delas desencadeada pelo movimento de pessoas na sala e presença de ruídos. Nos procedimentos de maior complexidade a incidência de distrações foi maior ainda. (PEREIRA; PEREIRA; CORREIA et al., 2011). Outra pesquisa que avaliou a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico destacou os fatores que desfavorecem o êxito na segurança, incluindo a não realização do *checklist* recomendado pela OMS. (HENRIQUES; COSTA; LACERDA, 2016).

Os esforços para melhorar a segurança do paciente devem direcionar as causas evitáveis com potencial dano ao paciente, que pode ser identificado a partir da frequência, gravidade e evitabilidade de EA. (ANDERSON; DAVIS; HANNA et al., 2013).

Estudo com o objetivo de avaliar a carga financeira absorvida por hospitais em Michigan, EUA, em casos envolvendo EAs cirúrgicos identificou que, há diminuição da margem de lucro diante dos custos crescentes com complicações cirúrgicas. Houve taxa de complicação em 14,5% de todos os procedimentos cirúrgicos, com custos 119% mais elevados para paciente com complicações, reduzindo a margem de lucro em 5,7% quando comparado aos pacientes sem complicações. (HEALY; MULLARD; CAMPBELL, 2016).

No Brasil, publicação de 2012, com dados relativos a 2003, revelou que a incidência de EA cirúrgicos foi de 3,5% na avaliação três hospitais do Rio de Janeiro, com uma proporção de cerca de 68,3% de eventos evitáveis, constatando que um a cada cinco pacientes apresentou incapacidade permanente ou morreu em decorrência de erros cirúrgicos. (MOURA; MENDES, 2012).

Inúmeras ações a favor da segurança do paciente em cirurgia foram introduzidas nas instituições de saúde, incluindo verificações adicionais para confirmar procedimentos e novas políticas para a gestão segura da unidade cirúrgica. Neste sentido, o Segundo Desafio Global para a Segurança do paciente fundamenta a

prática cirúrgica segura, com o tema Cirurgias Seguras Salvam Vidas, considerada prioridade em saúde pública mundial desde 2008 (OMS, 2009).

Com vistas à minimização de perdas desnecessárias de vida e redução de complicações graves, a OMS orienta que sejam assumidos 10 objetivos básicos para a segurança cirúrgica, atribuindo à equipe os seguintes: operar o paciente certo e o local cirúrgico certo; usar métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor; a equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida; reconhecer e estar efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas; evitar a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente; usar de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico; impedir a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas; manter seguros e identificar precisamente todos os espécimes cirúrgicos; comunicar-se efetivamente e trocar informações críticas para a condução segura da operação. E atribuiu aos hospitais e sistemas de saúde pública o estabelecimento de vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados. (OMS, 2009).

A fim de reforçar as práticas de segurança cirúrgica, o programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas propõe adoção de lista de verificação (*checklist*), que assegura a realização efetiva das etapas pré-operatórias, transoperatórias e pós-operatórias. (OMS, 2009).

Um levantamento de 10 anos desde o lançamento do *checklist* cirúrgico da OMS, demonstrou que o trabalho em equipe e a comunicação cirúrgica são mais efetivos, além de redução na mortalidade em 20% em hospitais avaliados com adesão significativa ao *checklist*. (WEISER; HAYNES, 2018).

## 2.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E O ERRO HUMANO

Vários são os conceitos aplicados à cultura de segurança do paciente. Guldenmund (2000) a definiu como parte da cultura organizacional que se espera que tenha impacto nas atitudes e comportamentos relacionados a riscos. Schein (2010) considerou o termo cultura como um conceito de integração que se expressa no clima organizacional.

A cultura de segurança é fundamental nas organizações de saúde e demonstra solidez quanto a valores, atitudes, competências e comportamentos que envolvem a qualidade e a segurança no serviço. Essa está presente em ambientes no qual o trabalho é desempenhado em equipe, com comunicação efetiva, de maneira clara e onde exista transparência sobre os erros ocorridos, acessível aos profissionais de saúde e aos pacientes. (WATCHER, 2013).

A cultura de segurança também prevê que os erros em serviço de saúde devam ser tratados como uma oportunidade de melhoria da assistência, sem a necessidade de culpabilizar os profissionais. Deve-se associar maior responsabilidade pelos atos com a conscientização de que o sistema deve dispor de barreiras que impeçam as ações que levam ao erro, manifestando a cultura de segurança como principal barreira à ocorrência de EA. (SAMMER; LYKENS; SINGH et al., 2010).

Deste modo, considerou-se importante explorar, juntamente com o tema cultura de segurança, o tema erro uma vez que, em última análise, a promoção da cultura de segurança busca a prevenção do erro e, quando este ocorrer, entender a importância de seu registro e estudo dos fatores a ele associados. Este processo embasa ações preventivas, para retomar à meta. (WATCHER, 2013).

Os fatores que levam ao erro são considerados humanos, associados ao ambiente de trabalho, a fatores externos e ao paciente. Quando conhecidos, cabe à gestão dos serviços de saúde a implementação de estratégias que permitam que esse não atinja o paciente. (ANVISA, 2017).

A perspectiva de que *bons profissionais da saúde não erram* é contrária à condição humana, já que o erro é suscetível às ações dos profissionais. A atenção de analistas de segurança e investigadores está focada no desenvolvimento de ferramentas teóricas e empíricas para analisar e comunicar as fontes de falhas de desempenho humano. (STRAUCH, 2017).

James Reason destacou que os erros podem ser ativos, cometidos por quem está em contato direto; ou latentes, decorrentes de ações que surgem no sistema de gestão e que podem ser evitáveis. Um erro ativo pode decorrer da realização de procedimento cirúrgico no paciente errado; um erro latente, a falta de meios de identificação institucionalizados, como uso de identificadores. Compreender essa diferença infere implicações para lidar com o risco inerente à prática clínica, e sustentam o emprego do método de barreira para sua prevenção. (STRAUCH, 2017).

Neste contexto, duas abordagens descrevem a falibilidade humana, a primeira relacionada à pessoa, e a segunda ao sistema. O estudioso associa às pessoas os atos inseguros, a partir de processos mentais incondicionados, como desatenção, distração, inadvertência, negligência e imprudência, cometidos por pessoas da ponta, como profissionais da enfermagem, médicos, anestesiistas, farmacêuticos e cirurgiões. As contramedidas devem associar-se à redução da variabilidade indesejada no comportamento humano, através de movimentos institucionais de conscientização. (REASON, 2000).

Ao sistema, o estudioso associa que os seres humanos são falíveis, e erros são esperados e considerados consequência, em vez da causa; as raízes são detalhes no processo de organização das tarefas. Embora exista a impossibilidade de mudar a condição humana inerente ao erro, propor mudanças nas condições que os humanos trabalham é uma estratégia de defesa do sistema. Quando um EA ocorre, a questão importante não é quem errou, mas o motivo das defesas falharem. (REASON, 2000). Daí a relevância de que erros/incidentes sejam comunicados por meio de um sistema de notificação institucional, para que subsidiem, não somente o conhecimento da magnitude do problema, mas principalmente o plano de ação corretiva.

O bem-estar da equipe influi nos resultados das ações e está relacionado à prevenção de erros. O esgotamento profissional, ou *burnout*, está associado a prejuízos no bem-estar, e é considerado um condutor significativo de erros/incidentes. O mau estado de saúde do profissional, caracterizado por depressão, ansiedade, má qualidade de vida, estresse e altos níveis de *burnout* estão associados a mais erros auto relatados. Esses fatores devem ser alvos importantes para intervenções de segurança do paciente. (HALL; JOHNSON; WATT, et al., 2016). Estudo realizado nos Estados Unidos com profissionais da saúde demonstrou que vítimas de *burnout* tendiam a pior percepção da cultura de segurança. (PAESE; SASSO, 2013).

Apesar de o foco sobre a segurança do paciente refletir a implementação de práticas seguras, é evidente que tornar um ambiente organizacional de saúde seguro não depende apenas dessa atitude. Sugere-se ser indispensável alterar a busca de erros como consequências de falhas individuais, para associá-las a falhas no sistema. (ANVISA, 2014).

Destaca-se que a cultura de segurança do paciente está relacionada à mudanças no tratamento dos incidentes, sem culpabilizar os profissionais que cometeram o erro, e sim abordando essas situações como uma oportunidade de

melhorar a assistência à saúde. (GIMENEZ-MARIN; RUIZ-RIVAS; GARCIA-RAJA et al., 2015). A cultura punitiva no ambiente deve mudar, de forma que os profissionais cuidadosos e competentes que cometam erros recebam consequências diferentes dos que têm comportamento de risco consciente e arriscado. Centrar o cuidado no paciente, ao invés de no médico, e alterar os modelos de cuidado a partir da excelência do desempenho individual, e independente para cuidado em equipe multiprofissional, também são estratégias que favorecem a cultura de segurança institucional. (ANVISA, 2014).

Em 2004, a *National Patient Safety Agency* do Reino Unido elaborou o documento *Seven Steps to Patient Safety* como guia para o planejamento de atividades relacionadas à segurança do paciente. O primeiro passo foi a construção da cultura de segurança, assumindo como princípio que os processos em uma instituição de saúde podem ir mal e, neste caso, os profissionais deverão ter a capacidade de reconhecer os erros e aprender com estes. (NPSA, 2004). O *National Quality Forum*, em 2010, promoveu a construção do *guideline* “Práticas de segurança para melhorar o cuidado em saúde”, com ações para a melhoria da segurança na saúde, e destaque à promoção da cultura de segurança do paciente como base para melhores resultados em saúde. (NQF, 2010).

Estudo demonstrou que uma cultura de segurança do paciente integrada pode ser tão importante para oferecer atendimento ao paciente de alta qualidade quanto às questões técnicas, como a habilidade de um cirurgião ou o mais recente equipamento de alta tecnologia. Os autores demonstraram que os países mais desenvolvidos possuem abordagens favoráveis à promoção da cultura de segurança. No entanto, a diferença da cultura de segurança entre a China e os demais países investigados no estudo sugeriu que a singularidade cultural deve ser considerada sempre que ferramentas de medição de cultura de segurança forem aplicadas em diferentes culturas populacionais. (ZHAO; LI; GIA et al., 2017).

Considera-se que os erros se manifestam nas instituições e refletem a cultura organizacional nos valores e crenças intrínsecos, porém, muitas vezes não são percebidas pelo clima manifestado em determinado período, e são diretamente influenciadas pelas lideranças e processos de mudanças internos e externos experimentados. (SANTIAGO; TURRINI, 2015). Neste sentido, avaliar essa cultura prevê o reconhecimento da situação organizacional e o impacto das intervenções realizadas. O clima de segurança do paciente, portanto, reflete as características

capazes de medir a cultura a partir de percepções e atitudes dos indivíduos em um período e tempo. (REIS; LAGUARDIA; VASCONCELOS et al., 2016).

Estudos que objetivam avaliar a cultura de segurança realizados de modo transversal são recomendados; se houve a implantação de algum programa para a melhoria da segurança do paciente, a avaliação da cultura deverá ser realizada antes e após a intervenção. Os benefícios completos da intervenção da cultura de segurança do paciente, muitas vezes, tornam-se óbvias apenas após um certo período de tempo. (ZHAO; LI; GIA et al., 2017).

Progressivamente, as organizações tornam-se conscientes da importância de transformar e melhorar a cultura de segurança, mas, para isso, primeiro é necessário compreendê-la e, portanto, é necessário meio apropriado de avaliação. Pesquisas baseadas em questionários são comumente usadas para investigar comportamentos relacionados à saúde, e constituem instrumentos valiosos para estudos populacionais e para avaliação de intervenções educacionais. (GIMENEZ-MARIN; RUIZ-RIVAS; GARCIA-RAJA, et al., 2015).

### 2.3.1 Cultura de Segurança do paciente em unidades cirúrgicas

A cultura de segurança em unidades cirúrgicas compõe estratégia da campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas, que prevê ações entre a equipe cirúrgica para reduzir os EAs, falhas de comunicação da equipe, taxas de complicações e mortalidade, e aumentar a adesão ao *checklist* cirúrgico e antibioticoprofilaxia adequada. (OMS, 2009).

No entanto, a resistência dos profissionais a mudanças e à utilização do *checklist* cirúrgico representam lacunas ao cumprimento da estratégia que induz o procedimento cirúrgico seguro. Dessa forma, promover uma cultura de segurança fundamenta o cumprimento de práticas seguras no ambiente cirúrgico. (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014). A comunicação efetiva, conscientização da equipe sobre os riscos atrelados ao procedimento anestésico-cirúrgico, e a aptidão do cirurgião influem positivamente nos resultados da terapêutica segura ao paciente cirúrgico.

Ressalta-se que mensurar o clima e a representação dos valores dos profissionais em relação à segurança na unidade de trabalho e na instituição, favorece a gestão da segurança do paciente no ambiente cirúrgico. O enfermeiro, como coordenador do setor cirúrgico, deve apropriar-se deste princípio a fim de propor



medidas que qualifiquem a assistência prestada. (OLIVEIRA; KORB; BEZERRA et al., 2018).

A avaliação da satisfação no trabalho em centro cirúrgico geral e centro cirúrgico obstétrico no ano de 2013 em hospital universitário no sul do Brasil, através de instrumento validado, demonstrou o contentamento dos trabalhadores em atuar em seu ambiente de trabalho. Contudo, a percepção da cultura de segurança foi evidenciada por escores baixos entre, 73,5%, com destaque relacionado à comunicação entre profissional e gerência e o clima de trabalho em equipe. (CAUDURO; SARQUIS; SARQUIS et al., 2015). Na ocasião, o Programa Cirurgia Segura estava em fase de implementação.

Na mesma instituição, houve nova avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas após a implementação do Programa Cirurgia Segura norteado pelos preceitos da OMS, para a segurança do paciente. O instrumento utilizado para a mensuração da cultura foi o HSOPSC, com a participação de 73 profissionais. Dentre as fragilidades identificadas, destacaram-se, a percepção referente ao trabalho em equipe entre as unidades, à cultura punitiva frente aos erros, e o comprometimento da segurança do paciente em relação à passagem de plantão e transferências. (BATISTA, 2018).

Estudo Chinês demonstrou fragilidades na cultura de segurança cirúrgica na avaliação de 1379 profissionais, com a necessidade de estratégias que promovam o recrutamento de profissionais, o uso de sistema de notificação, e a construção de cultura não punitiva para o favorecimento da cultura de segurança. (WANG; TAO, 2017).

## 2.4 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE *HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE*

Alguns questionários foram desenvolvidos para avaliar a cultura de segurança, dependendo do propósito específico e do contexto, dentre os mais conhecidos: *Culture Safety Survey* – CSS (RIGOBELLO; CARVALHO; CASSIANI et al., 2012); *Safety Attitudes Questionnaire* – SAQ (SEXTON; HELMREICH; NEILANDS et al., 2006); e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (ETCHECAGARAY; THOMAS, 2012). Nesta revisão será abordado o HSOPSC, eleito para esta pesquisa por conter questões de diversas dimensões da cultura de

segurança, com detalhamento que auxilia na identificação das áreas com aspectos positivos e áreas que apresentam fragilidades, mostrando-se adequado para responder a questão norteadora deste estudo.

Para a AHRQ (2013), agência norte americana com interesse na qualidade e efetividade dos cuidados à saúde, a avaliação da cultura de segurança está inclinada à avaliação da percepção dos profissionais acerca de questões superficiais da cultura em um determinado espaço de tempo. Essa organização mantém o interesse em identificar incidentes, avaliar a ocorrência de erros e analisar suas causas para identificar soluções práticas, e culturalmente eficazes para evitar danos aos pacientes.

A AHRQ e o grupo de trabalho da *Quality Interagency Coordination Task Force* (QuIC) patrocinaram o desenvolvimento do instrumento HSOPSC em 2004. Este é um questionário autoaplicável constituído por 50 itens, 44 específicos para cultura de segurança e seis relacionados à informações pessoais, distribuídos em nove seções, dispostas da letra A à I. Os temas são agrupados em 12 dimensões, três relacionadas ao hospital, sete relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital e duas variáveis de resultados, avaliadas a partir de escala de Likert de cinco pontos, com categorias de respostas em grau de concordância. (ROCKVILLE; SORRA; GRAY et al., 2016).

O instrumento inclui duas perguntas cujas respostas fornecem a interpretação pessoal do respondente, em relação à segurança do paciente para a sua área de trabalho/unidade, e indicação do número de eventos que notificou nos últimos 12 meses. Algumas questões convidam o participante a fornecer informações pessoais, como idade, sexo, área de trabalho, posição pessoal na área de atuação; se há interação direta com os pacientes, a posição em sua unidade e horas de trabalho semanal. (ROCKVILLE; SORRA; GRAY, et al., 2016).

As 12 dimensões sobre cultura de segurança, descritas na tabela 1, auxiliam na compreensão da avaliação da cultura de segurança do paciente.

O HSOPSC tem por objetivos sensibilizar os funcionários sobre a segurança do paciente; avaliar o estado da cultura de segurança do paciente; identificar os pontos fortes e áreas de melhoria para fortalecer a cultura de segurança; examinar as mudanças de cultura ao longo do tempo; avaliar o impacto cultural de iniciativas de segurança do paciente e as intervenções; e realizar comparações dentro e entre organizações. Os participantes opinam sobre pontos chave relacionados à segurança

– valores, crenças e normas da organização, notificação de EA, comunicação, liderança e gestão. (ROCKVILLE; SORRA; GRAY, et al., 2016).

A recomendação do preenchimento do questionário é para todos os trabalhadores do hospital, desde os que atuam na limpeza e segurança à profissionais de saúde, como enfermeiros e médicos. No entanto, o instrumento adequa-se melhor para aqueles com contato direto ou interação com pacientes (equipe da enfermagem); os que não tem contato direto ou interação com pacientes, mas cujo trabalho está diretamente relacionado ao seu atendimento (como funcionários da farmácia, laboratório, patologia); médicos que passam a maior parte de suas horas de trabalho no hospital (médicos do departamento de emergência, hospitalistas); supervisores hospitalares, gestores e administradores. (ROCKVILLE; SORRA; GRAY, et al., 2016).

TABELA 1 – DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA

ITEM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO
1	Abertura da comunicação	Disposição dos funcionários em comunicar algo que pode afetar negativamente um paciente e de não hesitar em questionar aqueles com maior autoridade
2	Retorno da informação e comunicação sobre o erro	Informação aos funcionários sobre os erros que acontecem, com <i>feedback</i> sobre as mudanças implementadas após e discussão acerca de maneiras de evitar erros
3	Frequência de relatos de eventos	Relato de problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros antes que atinjam o paciente
4	Passagem de plantão/turno e transferências	Transmissão de informações importantes relacionadas ao tratamento do paciente entre as unidades hospitalares e durante as mudanças de turno
5	Apoio da gestão para segurança do paciente	Avaliação da gestão hospitalar proporcionar um clima de trabalho que promova a segurança do paciente e mostrar que a segurança do paciente é um fator relevante na instituição
6	Respostas não punitivas ao erro	Investiga se funcionários sentem que seus erros e relatórios de erros não são usados contra eles e não são mantidos em seu arquivo pessoal
7	Aprendizado organizacional, melhoria contínua	Mensura a percepção de que os erros levaram a mudanças positivas
8	Percepção geral da segurança do paciente	Identificação se os sistemas e protocolos são suficientes na prevenção de erros
9	Adequação de profissionais	Identifica a suficiência de pessoal para atender ao fluxo de trabalho com o melhor atendimento aos pacientes
10	Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança	Investiga se gestores consideram e valorizam as sugestões dos funcionários para melhorar a segurança do paciente
11	Trabalho em equipe entre unidades	Investiga se as unidades de trabalho cooperam e coordenam-se entre si para melhorar o atendimento ao paciente
12	Trabalho em equipe dentro das unidades	Identifica se há trabalho em equipe nas unidades, com apoio e respeito mútuo

FONTE: REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2016.

Estudo comparativo dos instrumentos HSOPSC e SAQ identificou que o primeiro é capaz de mensurar maior quantidade de dimensões da cultura de segurança. Está focado em obter resultados de unidades e instituições, utilizando um grande número de domínios da cultura e favorecendo os hospitais a priorizar as atividades de melhoria de qualidade. (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012).

Reis (2013) afirma que o HSOPSC tem sido utilizado em inúmeros países: Austrália, Barém, Bélgica, Alemanha, Grécia, Reino Unido, França, Índia, Irlanda, Holanda, Japão, Líbano, Noruega, Portugal, Escócia, Sérvia, Singapura, Suécia, Suíça, Espanha, Arábia Saudita, Tailândia, Turquia, Colômbia, Brasil e nos EUA. A autora também identificou sua tradução, adaptação transcultural e validação para diversos idiomas, como belga, norueguês, holandês, chinês, turco, inglês (Inglaterra e Escócia), árabe, alemão, japonês, persa e português (Brasil e Portugal). (REIS, 2013).

O HSOPSC possui confiabilidade e validade similares ao SAQ referentes à segurança do paciente, e é eficaz para avaliar a relação da cultura positiva com a segurança dos pacientes e a redução de EA. (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DESENHO, PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

Pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal, realizada em centros cirúrgicos e unidades de internação cirúrgica de três hospitais de ensino de Curitiba/ PR.

A abordagem quantitativa tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Este tipo de abordagem inicia-se com ideias preconcebidas do modo pelo qual os conceitos estão relacionados, e utiliza instrumentos formais para a coleta de dados. Esta abordagem de pesquisa é caracterizada pelo emprego da quantificação nas modalidades de coleta de dados e no seu tratamento, por meio de técnicas estatísticas, focalizando na dimensão mensurável dos fenômenos e buscando traduzi-los em números, opiniões e informações. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A pesquisa *survey* é empregada para a obtenção de dados ou informações de características, opiniões ou ações de um grupo determinado de indivíduos que representam a população-alvo, por meio de instrumento de pesquisa, normalmente um questionário ou instrumento pré-definido. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Nessa pesquisa foram considerados os dados dos profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente, de modo direto ou indireto, em centro cirúrgico e/ou unidades de internação cirúrgicas, com a auto aplicação do HSOPSC.

A pesquisa foi realizada em três HE da capital paranaense, denominados A, B e C, no período de maio de 2017 a março de 2018. A seleção dos hospitais participantes, todos prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde, foi por conveniência, com vistas a assegurar a investigação daqueles HE de maior porte, instalados no município do estudo, sob diferentes formas de administração/ financiamento, qual seja federal, estadual e privado.

O Hospital A constitui o maior hospital público do Paraná e o terceiro maior hospital de ensino federal do país. Possui estrutura tecnológica e instrumental técnico para atendimento de casos de alta complexidade e consultas especializadas, realizando exames avançados de diagnóstico e procedimentos cirúrgicos. O hospital possui 632 leitos e realiza cerca de 96 mil atendimentos e 1300 internações por mês.

Conta com 16 salas cirúrgicas e realiza cerca de 800 cirurgias/mês, dispondo de cerca de 220 leitos de internação destinados à pacientes cirúrgicos (CHC, 2017). Está certificado como HE nível II; possui núcleo de segurança do paciente implantado desde 2010, conta sistema de notificação de incidentes interno.

O hospital B é o maior hospital universitário particular e de caráter filantrópico do Estado do Paraná. Possui 439 leitos, 383 destinados a atendimentos SUS e 56 a convênios/particular. Está certificado como HE nível II. Possui núcleo de segurança do paciente instituído desde 2012 com sistema de notificação de incidentes estruturado. O centro cirúrgico geral possui 11 salas operatórias e dispõe de aproximadamente 60 leitos sob regulação interna destinados à internação de pacientes da cirurgia geral.

O hospital C, unidade estadual caracterizada por uma gestão tripartite (federal, estadual e municipal), possui 222 leitos integralmente para o SUS, sendo 76 para clínica cirúrgica; é referência para atendimento ao trauma em todo o estado. Atualmente é certificado como HE nível II. Possui núcleo de segurança do paciente desde 2013 e sistema de notificação interna de incidentes. O centro cirúrgico geral possui nove salas cirúrgicas.

### 3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO E COLETA DE DADOS

Os participantes do estudo foram médicos (cirurgiões e anestesiológicos e médicos residentes em cirurgia ortopédica, geral, neurológica, plástica, aparelho digestivo, anesthesiologia), enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A população alvo foi identificada por meio da disponibilização das listas dos funcionários/residentes fornecidas pela gerência das unidades, totalizando 248 no hospital A, 205 no hospital B e 168 no hospital C. Todos os constantes das listas foram convidados a participar na pesquisa, caracterizando-se como amostra não probabilística intencional.

O tamanho da amostra alvo foi baseado em três suposições: amostra aleatória simples, taxa de respostas de 50% da população alvo, e intervalo de confiança de 5%. (ROCKVILLE; SORRA; GRAY, et al., 2016).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: profissionais atuantes nos Centros Cirúrgicos e/ou Unidades de Internação Cirúrgicas dos hospitais participantes, no período de coleta de dados; com carga horária mínima semanal de

trabalho de 20 horas; com contato direto ou interação com pacientes cirúrgicos, e aqueles sem contato direto com o paciente, mas com função de liderança, gerência ou supervisão. (ROCKVILLE; SORRA; GRAY, et al., 2016).

Foram excluídos da análise os participantes cujos questionários não tivessem completude mínima de 50% (critério 1), os que contivessem apenas respostas para fins sociolaborais (critério 2), e os com respostas iguais para todas as dimensões do instrumento (critério 3). (ROCKVILLE; SORRA; GRAY, et al., 2016).

Antes de iniciar a coleta de dados houve abordagem às chefias das unidades para apresentar o estudo, os objetivos e sua importância, assim como os procedimentos necessários e os critérios de inclusão para a participação. Foi informado aos participantes que o tempo despendido para responder ao questionário era de cerca de 15 minutos. A seguir, por meio da abordagem direta ao profissional/grupo, foi exposto o objetivo da pesquisa; aqueles que consentiram participar foi entregue duas vias do Termo de Consentimento Livre (ANEXO A).

Cada participante respondeu o instrumento em dispositivo eletrônico móvel, sem conexão com a internet, no aplicativo *QuickTapSurvey* próprio para a pesquisa ou, opcionalmente, em instrumento impresso; e no horário de trabalho.

As informações referentes à cultura de segurança foram coletadas utilizando o instrumento autoaplicável *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) - versão brasileira (ANEXO F), este constituído por 50 itens, 44 específicos para cultura de segurança e seis relacionados a informações pessoais, distribuídos em nove seções, dispostas da letra A à I. Os temas são agrupados em 12 dimensões, três relacionadas ao hospital, sete relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital e duas variáveis de resultados. A maioria das respostas é avaliada a partir de escala de *Likert* de cinco pontos, com categorias de respostas em grau de concordância. (ROCKVILLE; SORRA; GRAY, et al., 2016).

A fim de garantir a consistência das respostas, o HSOPSC contém 18 itens formulados negativamente, identificados pela letra "R" (A5R, A7R, A8R, A10R, A12R, A14R, A16R, A17R, B3R, B4R, C6R, F2R, F3R, F5R, F6R, F7R, F9R, F11R), assim, quando o participante discorda do item está opinando de forma positiva. (ROCKVILLE; SORRA; GRAY, et al., 2016).

### 3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram alimentados uma planilha *Microsoft Excel*® 2016, por dupla digitação e correção das inconsistências, para posterior análise. Foi realizada a verificação de completude das respostas para identificação de questionários com respostas incompletas e ilegíveis e, posteriormente, submetidos à análise estatística descritiva em medidas de proporção absoluta e relativa das variáveis categóricas (ROCKVILLE; SORRA; GRAY, et al., 2016). Para a comparação entre os três hospitais, em relação às variáveis quantitativas, utilizou-se o modelo de análise da variância (ANOVA) com um fator ou o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Em relação às variáveis categóricas as comparações foram feitas usando-se o teste de Qui-quadrado; valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS *Statistics* v.20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Para a análise descritiva foram consideradas respostas positivas as que se referiram às assinaladas na opção 4 ou 5 (concordo / concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva, ou 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente. Respostas neutras referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta. Respostas negativas referem-se às respostas que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) para as perguntas formuladas de forma positiva, ou 4 ou 5 (Concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) nas sentenças formuladas negativamente. (ROCKVILLE; SORRA; GRAY, et al., 2016).

O percentual de respostas positivas representou reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permitiu identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente. Quando houve  $\geq 75\%$  de respostas positivas, a dimensão foi considerada forte para a segurança do paciente. Resultados  $\leq 50\%$  indicaram fragilidade e necessidade de melhorias na segurança do paciente. Respostas neutras foram consideradas como aquelas cujo percentual de resposta variou entre 51 e 74%. (SORRA; NIEVA, 2004).

A frequência percentual de respostas positivas de cada item foi calculada a partir da fórmula expressa na figura 1. (SORRA; NIEVA, 2004).



FIGURA 1 – FÓRMULA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAL DE RESPOSTAS POSITIVAS

$$\% \text{ de respostas positivas} = \frac{\text{número de respostas positivas do item}}{\text{número total de respostas do item (excluindo-se dados ausentes)}} \times 100$$

FONTE: Adaptado de SORRA, NIEVA (2004).

Considerando ser recomendado testar a confiabilidade do HSOPSC por meio da consistência interna, esta foi estimada pelo coeficiente Alfa de Cronbach, que mede a correlação entre as respostas, quando as opções são escalonadas (Discordo Totalmente, Discordo, Indiferente, Concordo e Concordo Totalmente), com valores que variam de 0 a 1, estabelecendo a seguinte atribuição de confiabilidade: > 0,90 = excelente; a > 0,80 = bom; a > 0,70 = aceitável; a > 0,60 = questionável; a > 0,50 = pobre; a < 0,50 = inaceitável. (GEORGE; MALLERY, 2003).

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa pertence ao Projeto de Pesquisa intitulado “Avaliação da cultura de segurança e ocorrência de EA cirúrgicos em hospitais brasileiros” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do hospital A sob o parecer número 1.990.760 (ANEXO B), do hospital B sob parecer número 2.325.448 (ANEXO C), e do hospital C sob parecer número 2.367.592 (ANEXO D). A inclusão da pesquisadora foi solicitada por meio de emenda ao CEP do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, aprovada sob parecer número 2.927.574 (ANEXO E). A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos, morais e legais dispostos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2012).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E LABORAIS DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 381 profissionais, representando média de 61,45% da população alvo. A média de idade, em anos, foi de 43 no hospital A (Desvio Padrão  $\pm 12,3$ ), 32,2 no hospital B (Desvio Padrão  $\pm 8,2$ ), 35 no hospital C (Desvio Padrão  $\pm 9,7$ ), com idade mínima de 22 anos e máxima de 71 anos. Houve predominância do sexo feminino nos três locais de estudo, conforme apresentado na tabela 2.

Quanto ao contato direto com o paciente, as características foram similares nas três instituições, 100% dos respondentes no hospital A e 99% nos hospitais B e C.

Houve divergência na prevalência de profissionais respondentes por categoria profissional nos três cenários; no hospital A os profissionais da enfermagem representaram 54,7% da amostra, no hospital 33,9% e no hospital C 49%, os médicos residentes representaram 47,1% da participação no hospital B; as demais informações sociolaborais estão apresentadas na tabela 2.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS E LABORAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES EM CENTRO CIRÚRGICO E UNIDADES CIRÚRGICAS

VARIÁVEIS SOCIOLABORAIS		(continua)					
		Hospital A		Hospital B		Hospital C	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Feminino	91	57,6	67	55,4	59	57,8
	Masculino	67	42,4	54	44,6	43	42,2
		0,913					
Grau de instrução	Segundo grau (ensino médio) completo	26	16,6	25	20,8	34	33,7
	Ensino superior incompleto	12	7,6	0	0	0	0
	Ensino superior completo	35	22,3	32	26,7	23	22,8
	Pós-graduação (nível especialização)	59	37,6	55	45,8	37	36,6
	Pós-graduação (nível mestrado ou doutorado)	25	15,9	8	6,7	7	6,9
		<0,001					

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS E LABORAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES EM CENTRO CIRÚRGICO E UNIDADES CIRÚRGICAS

(conclusão)							
Tempo de trabalho na unidade	Menos de 1 ano	31	19,6	21	17,4	24	23,5
	1-5 anos	55	34,8	78	64,5	54	52,9
	6-10 anos	6	3,8	17	14,0	20	19,6
	11-15 anos	15	9,5	0	0	0	0
	16-20 anos	11	7,0	0	0	0	0
	21 anos ou mais	40	25,3	5	4,1	4	3,9
Horas de trabalho por semana	20-39 horas por semana	110	70,1	53	43,8	50	49,0
	40-59 horas por semana	17	10,8	4	3,3	15	14,7
	60-79 horas por semana	17	10,8	34	28,1	22	21,6
	80-99 horas por semana	7	4,5	26	21,5	10	9,8
	Mais que 100 horas por semana	6	3,8	4	3,3	5	4,9
Cargo/ Função	Médico do corpo clínico	41	25,9	23	19,0	15	14,7
	Médico residente	31	19,6	57	47,1	37	36,3
	Enfermeiro	15	9,5	15	12,4	15	14,7
	Técnico de Enfermagem	24	15,2	18	14,9	25	24,5
	Auxiliar de Enfermagem	47	29,7	8	6,6	10	9,8
Interação ou contato direto com pacientes	Sim	158	100	120	99,2	101	99,0
	Não	0	0	1	0,8	1	1,0

FONTE: O autor (2018).

#### 4.2 DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS HOSPITAIS

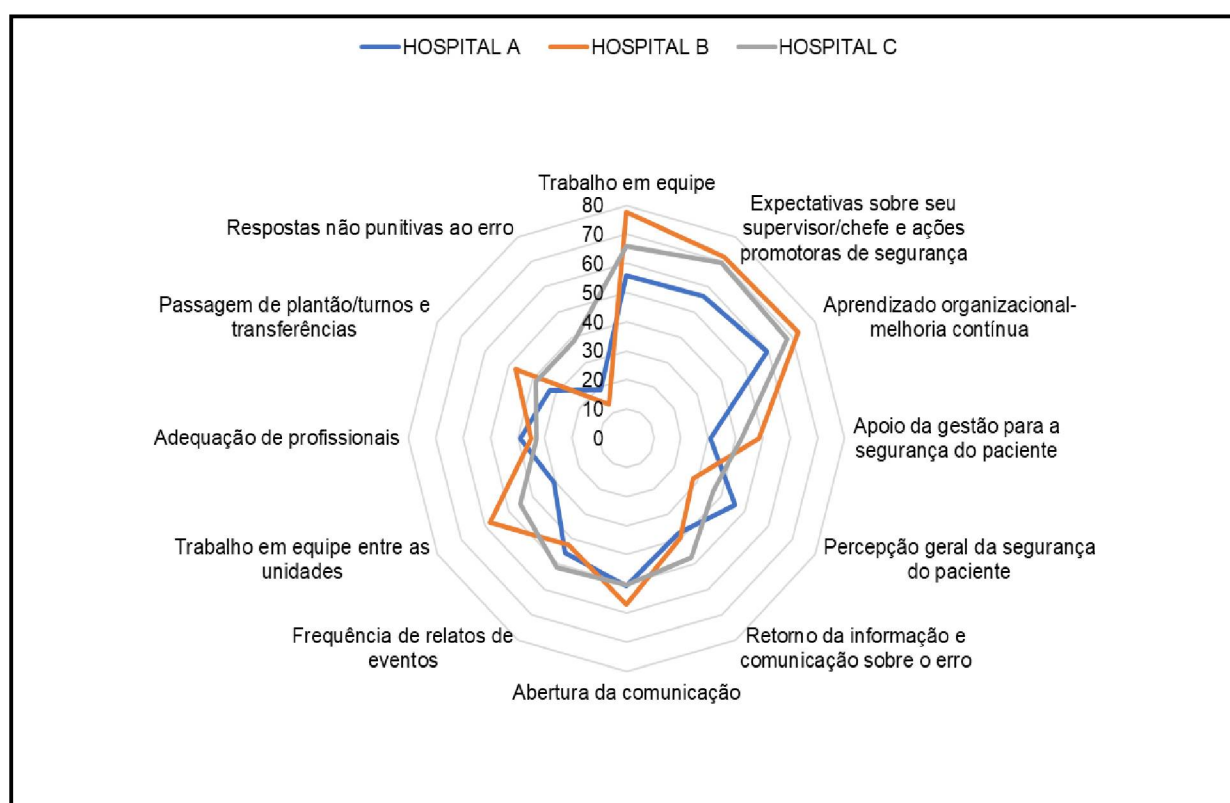
Para cada uma das dimensões, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as classificações de respostas (negativa, neutra e positiva) são iguais para os três hospitais, versus a hipótese alternativa de distribuições diferentes. Na tabela 3 são apresentados, para cada dimensão, os percentuais de respostas negativas, neutras e positivas para os três hospitais e os valores de p dos testes estatísticos, que mostra diferença na maioria das dimensões.

A dimensão **trabalho em equipe dentro das unidades** foi a única identificada como fortalecida no hospital B (77,8%). Nos demais, apresentou percentual de 56,0%

(hospital A) e 65,8% (hospital C). Nenhuma outra dimensão mostrou cultura fortalecida ( $\geq 75\%$ ), conforme apresentado no gráfico 1 e tabela 3.

O maior percentual de respostas negativas foi identificado na dimensão **respostas não punitivas ao erro**, com 64,5% (hospital A), 75,1% (hospital B), 68,5% (hospital C).

GRÁFICO 1 - DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE TODOS OS PROFISSIONAIS NOS TRÊS HOSPITAIS



FONTE: O autor (2018).

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA NOS HOSPITAIS

Dimensão	HOSPITAL	Percentual de respostas			Valor de p*
		Resposta Negativa	Resposta Neutra	Resposta Positiva	
Trabalho em equipe dentro das unidades	Hospital A	23,4	20,6	56,0	<0,001
	Hospital B	6,6	15,5	77,8	
	Hospital C	13,8	20,4	65,8	
Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	Hospital A	24,8	18,8	56,4	<0,001
	Hospital B	12,7	15,6	71,8	
	Hospital C	19,4	11,0	69,6	
Aprendizado organizacional-melhoria contínua	Hospital A	20,3	20,3	59,5	<0,001
	Hospital B	8,6	18,8	72,6	
	Hospital C	14,1	17,8	68,1	
Apoio da gestão para a segurança do paciente	Hospital A	36,8	32,5	30,8	<0,001
	Hospital B	32,6	18,9	48,5	
	Hospital C	30,5	27,5	42,0	
Percepção geral da segurança do paciente	Hospital A	35,4	18,9	45,8	<0,001
	Hospital B	56,6	15,3	28,1	
	Hospital C	45,1	18,1	36,8	
Retorno da informação e comunicação sobre o erro	Hospital A	30,4	31,8	37,8	0,010
	Hospital B	33,1	27,3	39,5	
	Hospital C	22,0	30,6	47,4	
Abertura da comunicação	Hospital A	26,1	23,1	50,8	0,023
	Hospital B	17,9	24,8	57,3	
	Hospital C	20,6	29,1	50,3	
Frequência de relatos de eventos	Hospital A	31,9	22,8	45,3	0,055
	Hospital B	28,4	29,2	42,4	
	Hospital C	27,1	21,8	51,2	
Trabalho em equipe entre as unidades	Hospital A	42,4	26,8	30,7	<0,001
	Hospital B	23,9	18,4	57,7	
	Hospital C	34,3	20,7	44,9	
Adequação de profissionais	Hospital A	40,2	20,6	39,2	0,227
	Hospital B	41,0	23,9	35,1	
	Hospital C	45,0	22,1	32,9	
Passagem de plantão/turnos e transferências	Hospital A	41,5	26,0	32,5	<0,001
	Hospital B	30,9	21,9	47,2	
	Hospital C	39,0	22,5	38,5	
Respostas não punitivas ao erro	Hospital A	64,5	16,3	19,3	0,029
	Hospital B	75,1	11,6	13,3	
	Hospital C	68,5	14,8	16,7	

FONTE: O autor (2018).

\*Teste de Qui-quadrado,  $p < 0,05$ 

O hospital A apresentou escores abaixo de 50% de respostas positivas em oito dimensões e os hospitais B e C em sete dimensões. O percentual mais baixo de respostas positivas foi identificado no hospital B na dimensão **respostas não punitivas ao erro**.

Quanto às respostas negativas, observa-se índices superiores a 50% na dimensão **respostas não punitivas ao erro** (64,5% no hospital A; 75,1% no hospital B; e 68,5% no hospital C).

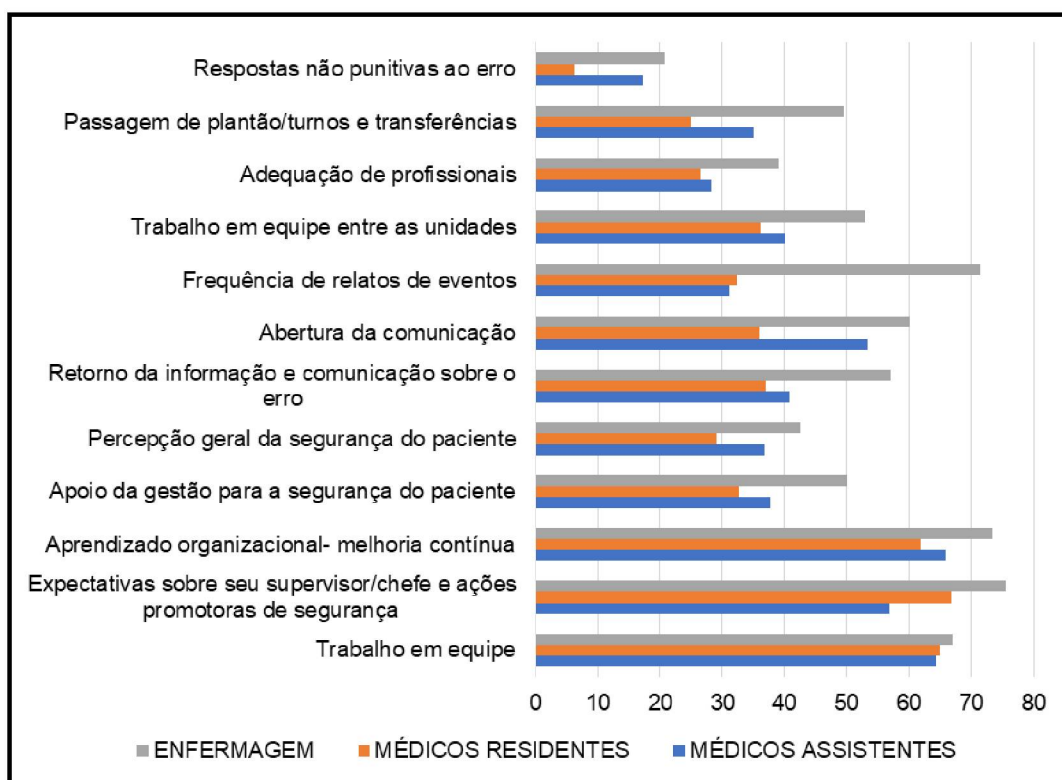
Os hospitais cenários do presente estudo possuem diferentes tipos de gestão. A apresentação dos resultados a seguir é distribuída entre estes serviços e as categorias profissionais.

#### 4.2.1 Hospital A - Administração Federal

No hospital A nenhuma das dimensões da cultura de segurança se mostrou fortalecida ( $\geq 75\%$ ). A maior porcentagem de respostas positivas foi identificada na dimensão **aprendizado organizacional – melhoria contínua** com 63,0% das respostas da categoria profissional enfermagem (gráfico 2 e tabela 4).

Entre os médicos assistentes, as dimensões com maior percentual de respostas positivas foram **trabalho em equipe dentro das unidades** (59,8%), **abertura da comunicação** (55,7%) **expectativas sobre seu supervisor/ chefe e ações promotoras de segurança** (53,0%).

GRÁFICO 2 – PERCENTUAL DE RESPOSTAS POSITIVAS DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA – HOSPITAL A



FONTE: O autor (2018).

Os médicos residentes apresentaram como dimensão com maior percentual de respostas positivas **aprendizado organizacional - melhoria contínua** (60,9%). A

equipe de enfermagem apresentou maior percentual de respostas positivas nas dimensões **aprendizado organizacional - melhoria contínua** (63,0%), **trabalho em equipe dentro das unidades** (58,5%), e **frequência de relatos de eventos** (56,3%).

TABELA 4 – PERCENTUAL DE RESPOSTAS POR DIMENSÃO E POR PROFISSIONAIS NO HOSPITAL A

Dimensão	Profissional	Percentual de respostas			Valor de p*
		Resposta Negativa	Resposta Neutra	Resposta Positiva	
Trabalho em equipe dentro das unidades	Médico Assistente	24,4	15,9	59,8	<b>0,025</b>
	Médico Residente	27,6	28,5	43,9	
	Enfermagem	21,5	20,0	58,5	
Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	Médico Assistente	22,6	24,4	53,0	0,330
	Médico Residente	26,6	16,9	56,5	
	Enfermagem	25,1	16,9	58,0	
Aprendizado organizacional-melhoria contínua	Médico Assistente	22,0	26,8	51,2	0,177
	Médico Residente	18,5	20,7	60,9	
	Enfermagem	20,1	16,9	63,0	
Apoio da gestão para a segurança do paciente	Médico Assistente	43,1	33,3	23,6	0,069
	Médico Residente	35,5	38,7	25,8	
	Enfermagem	34,1	29,8	36,1	
Percepção geral da segurança do paciente	Médico Assistente	38,4	20,1	41,5	<b>0,015</b>
	Médico Residente	29,0	28,2	42,7	
	Enfermagem	36,2	14,8	49,0	
Retorno da informação e comunicação sobre o erro	Médico Assistente	36,6	36,6	26,8	<b>0,001</b>
	Médico Residente	25,0	43,5	31,5	
	Enfermagem	29,3	25,4	45,3	
Abertura da comunicação	Médico Assistente	22,1	22,1	55,7	<b>0,022</b>
	Médico Residente	30,1	33,3	36,6	
	Enfermagem	26,5	19,8	53,7	
Frequência de relatos de eventos	Médico Assistente	41,5	23,6	35,0	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	49,5	21,5	29,0	
	Enfermagem	20,9	22,8	56,3	
Trabalho em equipe entre as unidades	Médico Assistente	42,1	32,9	25,0	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	57,7	25,2	17,1	
	Enfermagem	37,0	24,5	38,5	
Adequação de profissionais	Médico Assistente	37,2	25,0	37,8	<b>0,046</b>
	Médico Residente	34,1	26,8	39,0	
	Enfermagem	43,8	16,2	39,9	
Passagem de plantão/turnos e transferências	Médico Assistente	45,4	32,5	22,1	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	43,8	35,5	20,7	
	Enfermagem	38,8	19,4	41,8	
Respostas não punitivas ao erro	Médico Assistente	71,5	15,4	13,0	0,062
	Médico Residente	69,9	15,1	15,1	
	Enfermagem	59,0	17,1	23,9	

FONTE: O autor (2018).

\*Teste de Qui-quadrado,  $p < 0,05$

Sete das 12 dimensões apresentaram percentual abaixo de 50% de respostas positivas avaliadas pela enfermagem (tabela 4): **apoio da gestão para a segurança do paciente** (36,1%), **percepção geral da segurança do paciente** (49,0%), **retorno da informação e comunicação sobre o erro** (45,3%), **trabalho em equipe entre as**

**unidades (38,5%), adequação de profissionais (39,9%), passagem de plantão/turnos e transferências (41,8%), e respostas não punitivas ao erro (23,9%).**

Na avaliação dos médicos residentes, as dimensões com menores percentuais de respostas positivas identificadas foram: **percepção geral da segurança do paciente (42,7%), adequação de profissionais (39,0%), abertura da comunicação (36,6%), retorno da informação e comunicação sobre o erro (31,5%), frequência de relato de eventos (29,0%), apoio da gestão para a segurança do paciente (25,8%), passagem de plantão/turnos e transferências (20,7%), trabalho em equipe entre as unidades (17,1%), e respostas não punitivas ao erro (15,1%).**

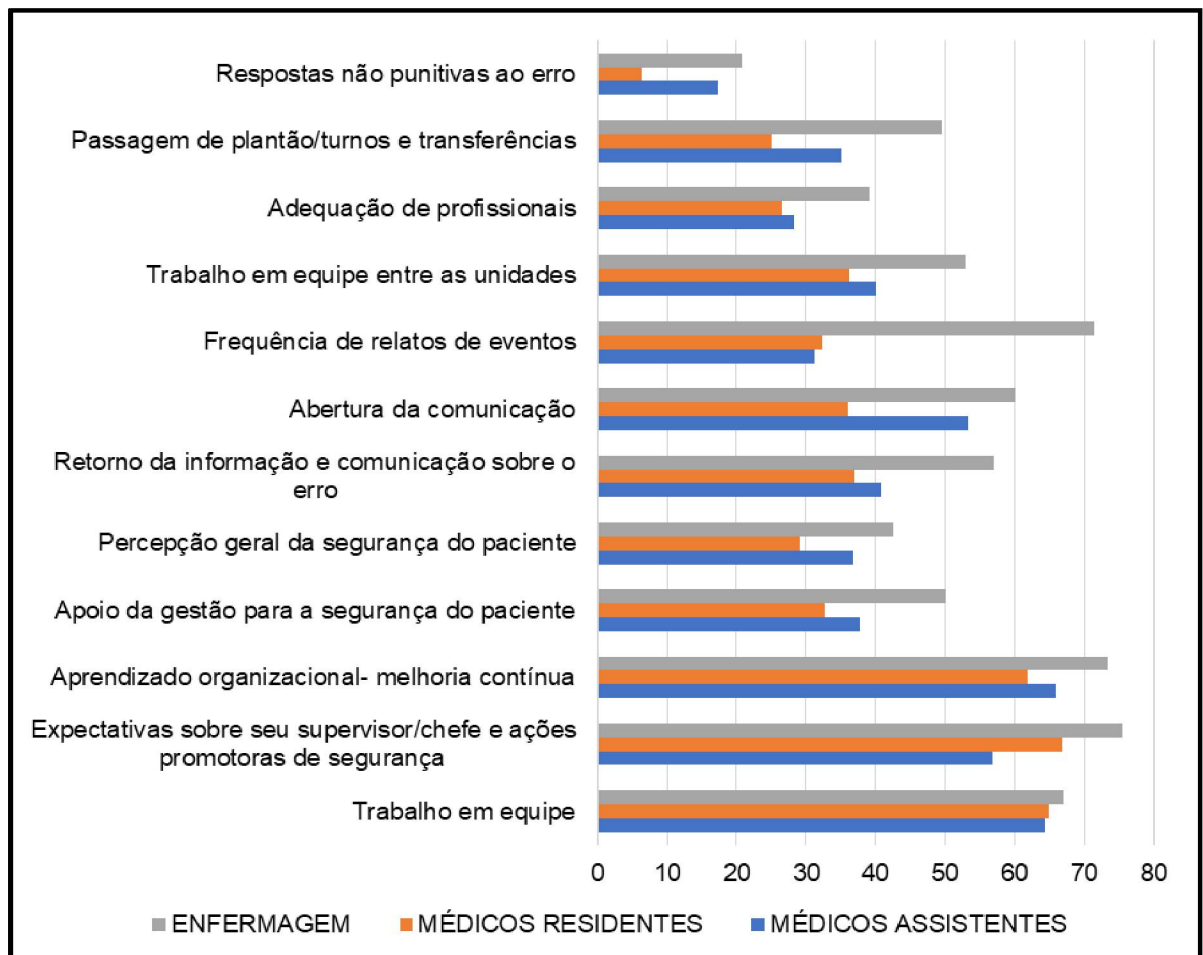
Os médicos assistentes apresentaram as seguintes dimensões com percentuais abaixo de 50% para as respostas positivas: **percepção geral da segurança do paciente (41,5%), adequação de profissionais (37,8%), frequência de relato de eventos (35,0%), retorno da informação sobre o erro (26,8%), trabalho em equipe entre as unidades (25,0%), apoio da gestão para a segurança do paciente (23,6%), passagem de plantão/turnos e transferências (22,1%), e respostas não punitivas ao erro (13,0%).**

#### 4.2.2 Hospital B - Administração privada

No hospital B três dimensões apresentaram escores de respostas positivas  $\geq 75\%$  na avaliação da enfermagem: **trabalho em equipe dentro das unidades (85,4%), aprendizado organizacional – melhoria contínua (78,8%), e expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança (76,2%),** conforme tabela 5 e gráfico 3. Duas áreas foram identificadas com percentual abaixo de 50% entre a enfermagem: **percepção geral da segurança do paciente (35,4%) e respostas não punitivas ao erro (20,7%).**



GRÁFICO 3 – PERCENTUAL DE RESPOSTAS POSITIVAS DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA – HOSPITAL B



FONTE: O autor (2018).

As dimensões que apresentaram maior diferença entre os percentuais de respostas entre as categorias médicos e enfermagem foram **frequência de relato de eventos, trabalho em equipe entre as unidades e adequação de profissionais**, todas com menores escores associados à categoria médica.

Entre os médicos assistentes e médicos residentes, a dimensão **trabalho em equipe dentro das unidades** apresentou-se como categoria com maior percentual de respostas positivas (74,7% e 73,7%).

TABELA 5 – PERCENTUAL DE RESPOSTAS POR DIMENSÃO E POR PROFISSIONAIS NO HOSPITAL B

Dimensão	Profissional	Percentual de respostas			Valor de p*
		Resposta Negativa	Resposta Neutra	Resposta Positiva	
Trabalho em equipe dentro das unidades	Médico Assistente	11,0	14,3	74,7	<b>0,023</b>
	Médico Residente	6,6	19,7	73,7	
	Enfermagem	4,3	10,4	85,4	
Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	Médico Assistente	15,2	20,7	64,1	0,207
	Médico Residente	11,5	16,8	71,7	
	Enfermagem	12,8	11,0	76,2	
Aprendizado organizacional-melhoria contínua	Médico Assistente	14,7	16,2	69,1	0,116
	Médico Residente	9,4	20,6	70,0	
	Enfermagem	4,1	17,9	78,0	
Apoio da gestão para a segurança do paciente	Médico Assistente	37,7	17,4	44,9	0,133
	Médico Residente	35,3	21,6	43,1	
	Enfermagem	26,0	16,3	57,7	
Percepção geral da segurança do paciente	Médico Assistente	47,8	12,0	40,2	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	65,4	16,7	18,0	
	Enfermagem	49,4	15,2	35,4	
Retorno da informação e comunicação sobre o erro	Médico Assistente	36,8	27,9	35,3	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	43,3	28,7	28,1	
	Enfermagem	17,1	25,2	57,7	
Abertura da comunicação	Médico Assistente	13,0	26,1	60,9	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	22,8	32,2	45,0	
	Enfermagem	13,8	13,8	72,4	
Frequência de relatos de eventos	Médico Assistente	34,8	37,7	27,5	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	39,2	34,5	26,3	
	Enfermagem	9,8	17,1	73,2	
Trabalho em equipe entre as unidades	Médico Assistente	34,8	20,7	44,6	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	26,0	21,5	52,5	
	Enfermagem	14,8	13,0	72,2	
Adequação de profissionais	Médico Assistente	52,2	14,1	33,7	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	46,0	29,2	24,8	
	Enfermagem	27,6	22,1	50,3	
Passagem de plantão/turnos e transferências	Médico Assistente	34,8	25,0	40,2	<b>0,001</b>
	Médico Residente	36,8	22,4	40,8	
	Enfermagem	20,7	19,5	59,8	
Respostas não punitivas ao erro	Médico Assistente	75,4	7,2	17,4	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	83,6	9,9	6,4	
	Enfermagem	62,8	16,5	20,7	

\*Teste de Qui-quadrado,  $p < 0,05$ 

FONTE: O autor (2018)

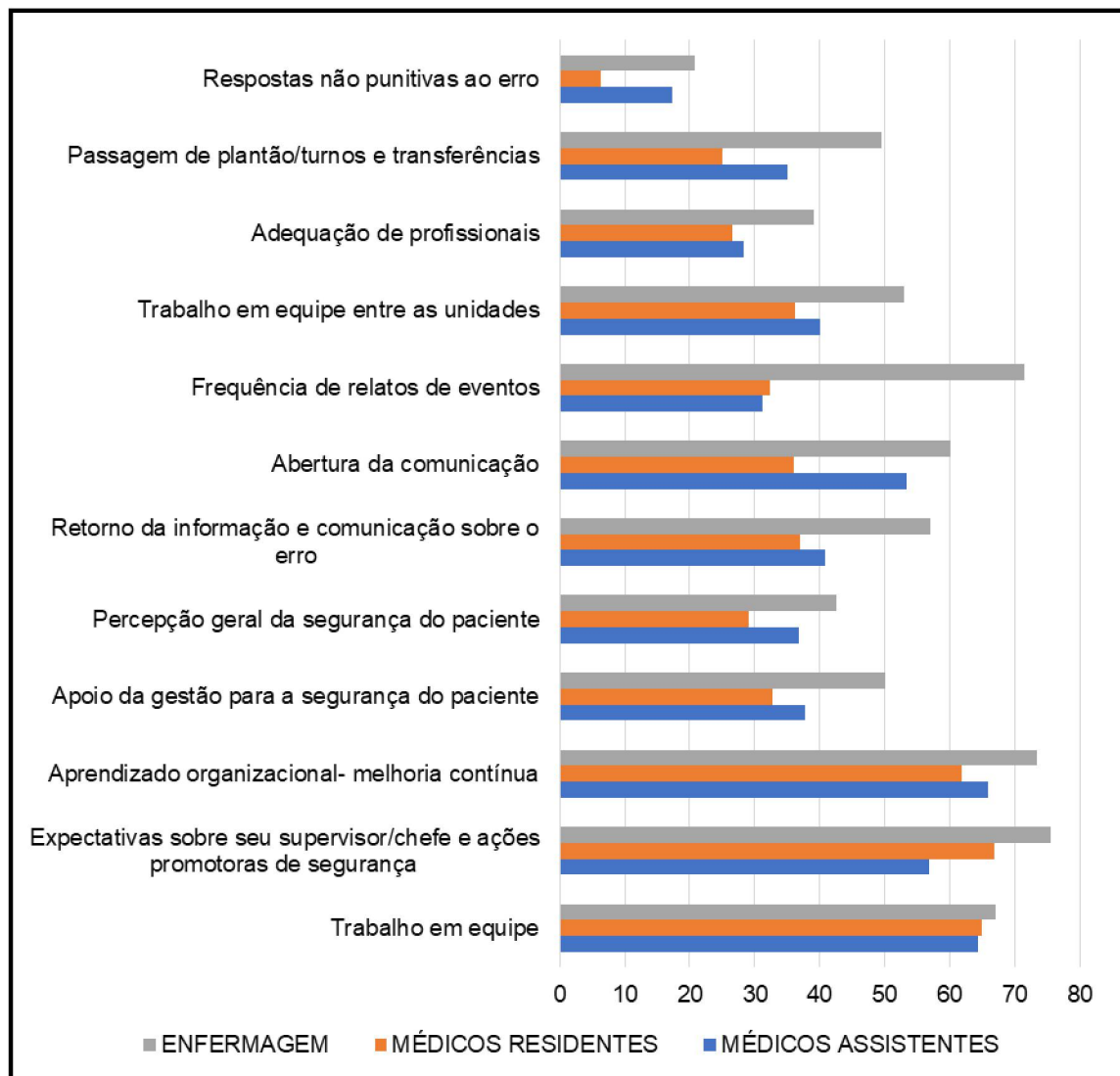
#### 4.2.3 Hospital C - Administração estadual

No hospital C a única dimensão fortalecida foi expressa pela enfermagem: **expectativa sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança** (75,5%), conforme apresentado no gráfico 4 e tabela 6.

As dimensões com escores de respostas positivas abaixo de 50% foram identificadas pelas três categorias profissionais. Foi identificado entre os médicos residentes: **retorno da informação sobre o erro** (36,9%), **abertura da comunicação**

(36,0%), **trabalho em equipe dentro das unidades** (36,1%), **apoio da gestão para a segurança do paciente** (32,7%), **frequência de relato de eventos** (32,4%), **percepção geral sobre a segurança do paciente** (29,1%), **adequação de profissionais** (26,5%), **passagem de plantão/turnos e transferências** (25,0%), e **respostas não punitivas ao erro** (9,0%).

GRÁFICO 4 – PERCENTUAL DE RESPOSTAS POSITIVAS DAS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA – HOSPITAL C



FONTE: O autor (2018).

A dimensão que apresentou maior escore de respostas negativas foi **respostas não punitivas ao erro**, maior entre médicos assistentes (75,6%), seguida por médicos residentes (74,8%) e enfermagem (61,7%).

TABELA 6 – PERCENTUAL DE RESPOSTAS POR DIMENSÃO E POR PROFISSIONAIS NO HOSPITAL C

Dimensão	Profissional	Percentual de respostas			Valor de p*
		Resposta Negativa	Resposta Neutra	Resposta Positiva	
Trabalho em equipe dentro das unidades	Médico Assistente	13,6	16,9	64,4	<b>0,017</b>
	Médico Residente	7,4	27,7	64,9	
	Enfermagem	17,0	16,0	67,0	
Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	Médico Assistente	28,3	15,0	56,7	0,067
	Médico Residente	21,6	11,5	66,9	
	Enfermagem	15,0	9,5	75,5	
Aprendizado organizacional-melhoria contínua	Médico Assistente	18,2	15,9	65,9	0,245
	Médico Residente	14,5	23,6	61,8	
	Enfermagem	12,7	14,0	73,3	
Apoio da gestão para a segurança do paciente	Médico Assistente	40,0	22,2	37,8	<b>0,005</b>
	Médico Residente	40,0	27,3	32,7	
	Enfermagem	20,7	29,3	50,0	
Percepção geral da segurança do paciente	Médico Assistente	46,7	16,7	36,7	<b>0,032</b>
	Médico Residente	45,9	25,0	29,1	
	Enfermagem	44,0	13,5	42,5	
Retorno da informação e comunicação sobre o erro	Médico Assistente	27,3	31,8	40,9	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	36,9	26,1	36,9	
	Enfermagem	9,4	33,6	57,0	
Abertura da comunicação	Médico Assistente	22,2	24,4	53,3	<b>0,002</b>
	Médico Residente	29,7	34,2	36,0	
	Enfermagem	13,3	26,7	60,0	
Frequência de relatos de eventos	Médico Assistente	48,9	20,0	31,1	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	43,2	24,3	32,4	
	Enfermagem	8,2	20,4	71,4	
Trabalho em equipe entre as unidades	Médico Assistente	45,0	15,0	40,0	<b>0,004</b>
	Médico Residente	41,5	22,4	36,1	
	Enfermagem	25,8	21,2	53,0	
Adequação de profissionais	Médico Assistente	53,3	18,3	28,3	0,056
	Médico Residente	51,0	22,4	26,5	
	Enfermagem	38,0	23,0	39,0	
Passagem de plantão/turnos e transferências	Médico Assistente	43,3	21,7	35,0	<b>&lt;0,001</b>
	Médico Residente	54,7	20,3	25,0	
	Enfermagem	26,0	24,5	49,5	
Respostas não punitivas ao erro	Médico Assistente	75,6	6,7	17,8	<b>0,028</b>
	Médico Residente	74,8	16,2	9,0	
	Enfermagem	61,7	16,1	22,1	

\*Teste de Qui-quadrado,  $p < 0,05$ 

FONTE: O autor (2018)

### 4.3 ANÁLISE DAS DIMENSÕES E VARIÁVEIS DE RESULTADO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES CIRÚRGICAS

#### 4.3.1 Propriedades psicométricas do instrumento de pesquisa

O questionário obteve confiabilidade boa no hospital A (0,89) no hospital A, e excelente no hospital B (0,90) e hospital C (0,91). Houve variação de 0,10 a 0,89 entre as doze dimensões do instrumento. A dimensão oito (**frequência de relatos de eventos**) apresentou a melhor consistência interna nos três hospitais (QUADRO 2).

QUADRO 2 – COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH OBTIDOS PARA CADA DIMENSÃO NOS TRÊS HOSPITAIS

Dimensão	Coeficiente alfa de Cronbach*		
	Hospital A	Hospital B	Hospital C
1. Trabalho em equipe dentro das unidades	<b>0,75</b>	0,69	0,66
2. Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança	0,70	0,57	0,65
3. Aprendizado organizacional- melhoria contínua	0,59	0,50	0,56
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente	0,70	0,50	0,62
5. Percepção geral da segurança do paciente	0,50	0,69	0,53
6. Retorno da informação e comunicação sobre o erro	<b>0,76</b>	<b>0,76</b>	0,58
7. Abertura de comunicação	0,55	0,58	0,67
8. Frequência de relato de eventos	<b>0,82</b>	<b>0,89</b>	<b>0,86</b>
9. Trabalho em equipe entre as unidades	<b>0,74</b>	<b>0,74</b>	0,66
10. Adequação de profissionais	0,26	0,47	0,46
11. Passagem de plantão/turnos e transferências	<b>0,74</b>	<b>0,74</b>	<b>0,74</b>
12. Respostas não punitivas ao erro	0,10	0,70	0,56

FONTE: O autor (2018).

NOTA: \* Teste de confiabilidade:: > 0,90 - excelente; > 0,80 - bom; > 0,70 - aceitável; > 0,60 - questionável; > 0,50 - pobre; < 0,50 - inaceitável. (GEORGE; MALLERY, 2003).

#### 4.3.2 Dimensão Trabalho em equipe dentro das unidades

Esta dimensão é composta pelas questões A1 "nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras", A3 "quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente", A4 "nesta unidade as pessoas se tratam com respeito" e A11 "quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam", os resultados são apresentados na tabela 07.

Questões com percentual de respostas positivas  $\geq 75\%$  foram identificadas no hospital B, com resultados fortalecidos em três das quatro respostas. O maior percentual de respostas negativas foi observado na questão “quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam”, no hospital A, com valor correspondente a 37,8%.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: TRABALHO EM EQUIPE DENTRO DAS UNIDADES

QUESTÃO			A1	A3	A4	A11
HOSPITAL	RESPOSTAS					
A	Negativa	n (%)	31 (19,7)	38 (24,4)	19 (12,0)	59 (37,8)
	Neutra	n (%)	39 (24,8)	26 (16,7)	33 (20,9)	31 (19,9)
	Positiva	n (%)	87 (55,4)	92 (59,0)	106 (67,1)	66 (42,3)
B	Negativa	n (%)	9 (7,4)	3 (2,5)	1 (0,8)	19 (15,7)
	Neutra	n (%)	16 (13,2)	22 (18,3)	16 (13,2)	21 (17,4)
	Positiva	n (%)	96 (79,3)	95 (79,2)	104 (86,0)	81 (66,9)
C	Negativa	n (%)	16 (15,7)	8 (7,9)	9 (8,8)	23 (22,5)
	Neutra	n (%)	17 (16,7)	25 (24,8)	22 (21,6)	19 (18,6)
	Positiva	n (%)	69 (67,6)	68 (67,3)	71 (69,3)	60 (58,8)

FONTE: O autor (2018).

As taxas de respostas positivas foram identificadas entre os médicos assistentes nos hospitais A e B, correspondendo, respectivamente, a 75,6% na questão A4, 78,3% na questão A1 e 77,3% na questão A3. Entre os médicos residentes, respostas com taxa  $\geq 75\%$  foram identificadas no hospital B, referente às questões A3 e A4, e no hospital C na questão A4, conforme tabela 8.

O impacto positivo desta dimensão foi revelado pela enfermagem do hospital B que expressou 92,7% de respostas positivas para o apoio mútuo e respeito entre os profissionais, 80,5% para **trabalho em equipe** em situações de muito trabalho, e 75,6% referente a ajuda de outras áreas em ocasiões de sobrecarga de trabalho em uma unidade. Nos demais hospitais as respostas da enfermagem para essas questões foram neutras.

TABELA 8 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: TRABALHO EM EQUIPE DENTRO DAS UNIDADES ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO				A1	A3	A4	A11
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS					
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	9 (22,0)	11 (26,8)	4 (9,8)	16 (39,0)
		Neutra	n (%)	6 (14,6)	5 (12,2)	6 (14,6)	9 (22,0)
		Positiva	n (%)	26 (63,4)	25 (61,0)	31 (75,6)	16 (39,0)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	6 (19,4)	11 (35,5)	3 (9,7)	14 (46,7)
		Neutra	n (%)	14 (45,2)	8 (25,8)	8 (25,8)	5 (16,7)
		Positiva	n (%)	11 (35,5)	12 (38,7)	20 (64,5)	11 (36,7)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	16 (18,8)	16 (19,0)	12 (14,0)	29 (34,1)
		Neutra	n (%)	19 (22,4)	13 (15,5)	19 (22,1)	17 (20,0)
		Positiva	n (%)	50 (58,8)	55 (65,5)	55 (64,0)	39 (45,9)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	3 (13,0)	1 (4,5)	1 (4,3)	5 (21,7)
		Neutra	n (%)	2 (8,7)	4 (18,2)	4 (17,4)	3 (13,0)
		Positiva	n (%)	18 (78,3)	17 (77,3)	18 (18,3)	15 (65,2)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	6 (10,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (15,8)
		Neutra	n (%)	11 (19,3)	12 (21,1)	9 (15,8)	13 (22,8)
		Positiva	n (%)	40 (70,2)	45 (78,9)	48 (84,2)	35 (61,4)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	0 (0,0)	2 (4,9)	0 (0,0)	5 (12,2)
		Neutra	n (%)	3 (7,3)	6 (14,6)	3 (7,3)	5 (12,2)
		Positiva	n (%)	38 (92,7)	33 (80,5)	38 (92,7)	31 (75,6)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	3 (20,0)	1 (7,1)	2 (13,3)	5 (33,3)
		Neutra	n (%)	2 (13,3)	3 (21,4)	3 (20,0)	2 (13,3)
		Positiva	n (%)	10 (66,7)	10 (71,4)	10 (66,7)	8 (53,3)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	5 (13,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (16,2)
		Neutra	n (%)	8 (21,6)	13 (35,1)	9 (24,3)	11 (29,7)
		Positiva	n (%)	24 (64,9)	24 (64,9)	28 (75,7)	20 (54,1)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	8 (16,0)	7 (14,0)	7 (14,0)	12 (24,0)
		Neutra	n (%)	7 (14,0)	9 (18,0)	10 (20,0)	6 (12,0)
		Positiva	n (%)	35 (70,0)	34 (68,0)	33 (66,0)	32 (64,0)

FONTE: O autor (2018).

### 4.3.3 Dimensão Expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança

Esta dimensão é composta pelas questões observadas na tabela 9: B1 “Meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente”, B2 “Meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente”, B3 “Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”, B4 “Meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”.

As questões com percentual de respostas positivas  $\geq 75\%$  foram identificadas no hospital B com 77,7% (B3) e 83,5% (B4), e no hospital C com 80,4% (B4). A questão com maior percentual de respostas negativas entre os hospitais foi a B1: 39,5% (hospital A), 14,9% (hospital B), e 28,4 (hospital C).

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: EXPECTATIVAS SOBRE SEU SUPERVISOR/CHEFE E AÇÕES PROMOTORAS SEGURANÇA

QUESTÃO		B1	B2	B3	B4
HOSPITAL	RESPOSTAS				
A	Negativa n (%)	62 (39,5)	42 (26,8)	28 (18,1)	23 (14,6)
	Neutra n (%)	26 (16,6)	34 (21,7)	28 (18,1)	30 (19,1)
	Positiva n (%)	69 (43,9)	81 (51,6)	99 (63,9)	104 (66,2)
B	Negativa n (%)	18 (14,9)	17 (14,3)	13 (10,7)	13 (10,7)
	Neutra n (%)	27 (22,3)	27 (22,7)	14 (11,6)	7 (5,8)
	Positiva n (%)	76 (62,8)	75 (63,08)	94 (77,7)	101 (83,5)
C	Negativa n (%)	29 (28,4)	20 (19,6)	16 (15,7)	14 (13,7)
	Neutra n (%)	7 (6,9)	15 (14,7)	17 (16,7)	6 (5,9)
	Positiva n (%)	66 (64,7)	67 (65,7)	69 (67,6)	82 (80,4)

FONTE: O autor (2018).

Os médicos residentes revelaram o maior percentual de respostas positivas nesta dimensão, com 87,7% na questão B4 (Hospital B), seguida da enfermagem com 86% na mesma questão (Hospital C), conforme tabela 10.



TABELA 10 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: EXPECTATIVAS SOBRE SEU SUPERVISOR/CHEFE E AÇÕES PROMOTORAS DE SEGURANÇA ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO			B1	B2	B3	B4
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS				
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	14 (34,1)	9 (22,0)	7 (17,1)	7 (17,1)
		Neutra n (%)	10 (24,4)	11 (26,8)	8 (19,5)	11 (26,8)
		Positiva n (%)	17 (41,5)	21 (51,2)	26 (63,4)	23 (56,1)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	13 (41,9)	10 (32,3)	8 (25,8)	2 (6,5)
		Neutra n (%)	4 (12,9)	8 (25,8)	4 (12,9)	5 (16,1)
		Positiva n (%)	14 (45,2)	13 (41,9)	19 (61,3)	24 (77,4)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	35 (41,2)	23 (27,1)	13 (15,7)	14 (16,5)
		Neutra n (%)	12 (14,1)	15 (17,6)	16 (19,3)	14 (16,5)
		Positiva n (%)	38 (44,7)	47 (55,3)	54 (65,1)	57 (67,1)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	3 (13,0)	4 (17,4)	3 (13,0)	4 (17,4)
		Neutra n (%)	7 (30,4)	5 (21,7)	4 (17,4)	3 (13,0)
		Positiva n (%)	13 (56,5)	14 (60,9)	16 (69,6)	16 (69,6)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	8 (14,0)	5 (9,1)	9 (15,8)	4 (7,0)
		Neutra n (%)	14 (24,6)	17 (20,9)	4 (7,0)	3 (5,3)
		Positiva n (%)	35 (61,4)	33 (60,0)	44 (77,2)	50 (87,7)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	7 (17,1)	8 (19,5)	1 (2,4)	5 (12,2)
		Neutra n (%)	6 (14,6)	5 (12,2)	6 (14,6)	1 (24,0)
		Positiva n (%)	28 (68,3)	28 (68,3)	34 (82,9)	35 (85,4)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	4 (26,7)	5 (33,3)	4 (26,7)	4 (26,7)
		Neutra n (%)	3 (20,0)	1 (6,7)	2 (13,3)	3 (20,0)
		Positiva n (%)	8 (53,3)	9 (60,0)	9 (60,0)	8 (53,3)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	12 (32,4)	7 (18,9)	9 (24,3)	4 (10,8)
		Neutra n (%)	1 (2,7)	8 (21,6)	6 (16,2)	2 (5,4)
		Positiva n (%)	24 (64,9)	22 (59,5)	22 (59,5)	31 (83,8)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	13 (26,0)	8 (16,0)	3 (6,0)	6 (12,0)
		Neutra n (%)	3 (6,0)	6 (12,0)	9 (18,8)	1 (2,0)
		Positiva n (%)	34 (68,0)	36 (72,0)	38 (76,0)	43 (86,0)

FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.4 Dimensão Aprendizado organizacional – melhoria contínua

A avaliação da questão A6 “estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” demonstra o maior percentual de respostas positivas para essa dimensão no hospital B com 81,6% das respostas positivas. Também refletiu a concordância dos profissionais no hospital A, com 79,0% de respostas positivas. A maior frequência de porcentagem de respostas positivas para a questão A9 “erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui” foi identificada no hospital B, com 75,2% das respostas positivas (tabela 11).

A questão A13 “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade” apresentou escores de respostas positivas abaixo de 75% nos três hospitais.

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: APRENDIZADO ORGANIZACIONAL – MELHORIA CONTÍNUA

QUESTÃO		A6	A9	A13
HOSPITAL	RESPOSTAS			
A	Negativa n (%)	9 (5,7)	44 (28,4)	42 (26,8)
	Neutra n (%)	24 (15,3)	34 (21,9)	37 (23,6)
	Positiva n (%)	124 (79,0)	77 (49,7)	78 (49,7)
B	Negativa n (%)	7 (5,8)	11 (9,1)	13 (10,9)
	Neutra n (%)	15 (12,4)	19 (15,7)	34 (28,6)
	Positiva n (%)	99 (81,8)	91 (75,2)	72 (60,5)
C	Negativa n (%)	10 (9,8)	21 (20,6)	12 (12,0)
	Neutra n (%)	16 (15,7)	16 (15,7)	22 (22,0)
	Positiva n (%)	76 (74,5)	65 (63,7)	66 (66,0)

FONTE: O autor (2018).

A categoria enfermagem expressou o maior percentual de respostas positivas nesta dimensão no hospital B com 90,2% das respostas positivas na questão A6 (tabela 12).

TABELA 12 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: APRENDIZADO ORGANIZACIONAL – MELHORIA CONTÍNUA ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO			A6	A9	A13
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS			
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	4 (9,8)	8 (19,5)	15 (36,6)
		Neutra n (%)	9 (22,0)	12 (29,3)	12 (29,3)
		Positiva n (%)	28 (68,3)	21 (51,2)	14 (34,1)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	1 (3,2)	9 (29,0)	7 (23,3)
		Neutra n (%)	4 (12,9)	4 (12,9)	11 (36,7)
		Positiva n (%)	26 (83,9)	18 (58,1)	12 (40,0)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	4 (4,7)	27 (32,5)	20 (23,3)
		Neutra n (%)	11 (12,9)	18 (21,7)	14 (16,3)
		Positiva n (%)	70 (82,4)	38 (46,8)	52 (60,5)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	3 (13,0)	2 (8,7)	5 (22,7)
		Neutra n (%)	4 (17,4)	3 (13,0)	4 (18,2)
		Positiva n (%)	16 (69,6)	18 (78,3)	13 (59,1)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	2 (3,5)	7 (12,3)	7 (12,5)
		Neutra n (%)	9 (15,8)	8 (14,0)	18 (32,1)
		Positiva n (%)	46 (80,7)	42 (73,7)	31 (55,4)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	2 (4,9)	2 (4,9)	1 (2,4)
		Neutra n (%)	2 (4,9)	8 (19,5)	12 (29,3)
		Positiva n (%)	37 (90,2)	31 (75,6)	28 (68,3)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	3 (20,0)	3 (20,0)	2 (14,3)
		Neutra n (%)	3 (20,0)	3 (20,0)	1 (7,1)
		Positiva n (%)	9 (60,0)	9 (60,0)	11 (78,6)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	1 (2,7)	9 (24,3)	6 (16,7)
		Neutra n (%)	9 (24,3)	6 (16,2)	11 (30,6)
		Positiva n (%)	27 (73,0)	12 (59,5)	19 (52,8)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	6 (12,0)	9 (18,0)	4 (8,0)
		Neutra n (%)	4 (8,0)	7 (14,0)	10 (20,0)
		Positiva n (%)	40 (80,0)	34 (68,0)	36 (72,0)

FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.5 Dimensão Apoio da gestão para a segurança do paciente

Nenhuma questão nesta dimensão apresentou escores nas respostas positivas  $\geq 75\%$ . O maior percentual foi identificado no hospital B, na questão F8 “as ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade”, no qual 68,7% dos profissionais perceberam positivamente, conforme dados da tabela 13.

Na questão F1 “a direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente” a disparidade das respostas entre os hospitais mostrou-se aparente, com respostas positivas em 31,6% (hospital A), 58,3% (hospital B), e 47,1% (hospital C). No entanto, a questão F9 “a direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum EA”, apresentou porcentagens aproximadas nos três hospitais (26,9% no hospital A, 20,2% no hospital B e 26,7% no hospital C).

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA: APOIO DA GESTÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

QUESTÃO			F1	F8	F9
HOSPITAL	RESPOSTAS				
A	Negativa	n (%)	48 (31,0)	49 (31,2)	75 (48,1)
	Neutra	n (%)	58 (37,4)	55 (35,0)	39 (25,0)
	Positiva	n (%)	49 (31,6)	53 (33,8)	42 (26,9)
B	Negativa	n (%)	27 (22,5)	11 (9,2)	79 (66,4)
	Neutra	n (%)	23 (19,2)	2 (24,2)	16 (13,4)
	Positiva	n (%)	70 (58,3)	80 (66,7)	24 (20,2)
C	Negativa	n (%)	25 (24,5)	19 (18,6)	49 (48,5)
	Neutra	n (%)	29 (28,4)	30 (29,4)	25 (24,8)
	Positiva	n (%)	48 (47,1)	53 (52,0)	27 (26,7)

FONTE: O autor (2018).

Em relação às categorias, a questão F9 apresentou maior percentual de respostas negativas entre os médicos residentes, com 58,1% (hospital A), 78,2% (hospital B) e 69,4% (hospital C). A enfermagem expressou menor percentual de respostas negativas e revelou a única questão da dimensão com respostas positivas  $\geq 75\%$ , quando analisado por categorias, com 78,0% na questão F8 no hospital B (tabela 14).

TABELA 14 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: APOIO DA GESTÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO			F1	F8	F9
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS			
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	16 (39,0)	16 (39,0)	21 (51,2)
		Neutra n (%)	17 (41,5)	14 (34,1)	10 (24,4)
		Positiva n (%)	8 (19,5)	11 (26,8)	10 (24,4)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	6 (19,4)	9 (29,0)	18 (58,1)
		Neutra n (%)	16 (51,6)	14 (45,2)	6 (19,4)
		Positiva n (%)	9 (29,0)	8 (25,8)	7 (22,6)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	26 (31,3)	24 (28,2)	36 (42,9)
		Neutra n (%)	25 (30,1)	27 (31,8)	23 (27,4)
		Positiva n (%)	32 (38,6)	34 (40,0)	24 (29,8)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	10 (43,5)	3 (13,0)	13 (56,5)
		Neutra n (%)	3 (13,0)	6 (26,1)	3 (13,0)
		Positiva n (%)	10 (43,5)	14 (60,9)	7 (30,4)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	9 (16,1)	7 (12,5)	43 (78,2)
		Neutra n (%)	13 (23,2)	15 (26,8)	8 (14,5)
		Positiva n (%)	34 (60,7)	34 (60,7)	4 (7,3)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	8 (19,5)	1 (2,4)	23 (5,1)
		Neutra n (%)	7 (17,1)	8 (19,5)	5 (12,2)
		Positiva n (%)	26 (63,4)	32 (78,0)	13 (31,7)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	8 (53,3)	3 (20,0)	7 (46,7)
		Neutra n (%)	2 (13,3)	5 (33,3)	3 (20,0)
		Positiva n (%)	5 (33,3)	7 (46,7)	5 (33,3)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	9 (24,3)	10 (27,0)	25 (69,4)
		Neutra n (%)	12 (32,4)	12 (32,4)	6 (16,7)
		Positiva n (%)	16 (73,0)	15 (59,5)	5 (52,8)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	8 (16,0)	6 (12,0)	17 (34,0)
		Neutra n (%)	15 (30,0)	13 (26,0)	16 (32,0)
		Positiva n (%)	27 (54,0)	31 (62,0)	17 (34,0)

FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.6 Dimensão Percepção geral da segurança do paciente

Dentre os profissionais, 51,6% demonstraram concordância na questão A10 “é apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui” no hospital A (tabela 15). Nos demais hospitais o destaque foi para as respostas negativas nos itens: A17 “nesta unidade temos problemas de segurança do paciente”, com 66,1% e A10 com 57,0% (hospital B) e 55,9% (hospital C).

Referente à prevenção de erros, abordada na questão A18 “os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros”, no hospital A houve predomínio de respostas positivas (51,3%), nos demais observou-se 37,2% (hospital B) e 40,2% (hospital C).

Na questão A15 “a segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída” todos os hospitais apresentaram escores de respostas positivas abaixo de 50%.

TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA: PERCEPÇÃO GERAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE

QUESTÃO		A10	A15	A17	A18
HOSPITAL	RESPOSTAS				
A	Negativa n (%)	39 (25,2)	69 (44,2)	69 (43,7)	44 (28,2)
	Neutra n (%)	36 (23,2)	28 (17,9)	22 (13,9)	32 (20,5)
	Positiva n (%)	80 (51,6)	59 (37,8)	67 (42,4)	80 (51,3)
B	Negativa n (%)	69 (57,0)	74 (61,2)	80 (66,1)	51 (42,1)
	Neutra n (%)	20 (16,5)	15 (12,4)	14 (11,6)	25 (20,7)
	Positiva n (%)	32 (26,4)	32 (26,4)	27 (22,3)	45 (37,2)
C	Negativa n (%)	45 (44,1)	44 (43,1)	57 (55,9)	38 (37,3)
	Neutra n (%)	18 (17,6)	17 (16,7)	16 (15,7)	23 (22,5)
	Positiva n (%)	39 (38,2)	41 (40,2)	29 (28,4)	41 (40,2)

FONTE: O autor (2018).

Conforme dados apresentados na tabela 16, os médicos residentes demonstraram o maior percentual de respostas positivas na questão A10 no hospital A, com 58,1%. Adversamente, apresentaram o maior percentual de respostas negativas na mesma questão 63,2% no hospital B. Expressou ainda o maior percentual de respostas negativas da dimensão na questão A17 no hospital B com 78,9%. O maior percentual de respostas positivas foi expresso pela enfermagem na questão A18 no hospital A com 58,3%. Nos demais hospitais percebeu-se a proximidade das porcentagens de respostas positivas (tabela 16) para esta questão,

de acordo com a avaliação da enfermagem, com 48,8% no hospital B e 46% no hospital C (tabela 16).

TABELA 16 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: PERCEPÇÃO GERAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO				A10	A15	A17	A18
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS					
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	10 (24,4)	18 (43,9)	19 (46,3)	16 (39,0)
		Neutra	n (%)	10 (24,4)	8 (19,5)	7 (17,1)	8 (19,5)
		Positiva	n (%)	21 (51,2)	15 (36,6)	15 (36,6)	17 (41,5)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	5 (16,1)	14 (45,2)	10 (32,3)	7 (22,6)
		Neutra	n (%)	8 (25,8)	9 (29,0)	8 (25,8)	10 (32,3)
		Positiva	n (%)	18 (58,1)	8 (25,8)	13 (41,9)	14 (45,2)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	24 (28,9)	37 (44,0)	40 (46,5)	21 (25,0)
		Neutra	n (%)	18 (21,7)	11 (13,1)	7 (8,1)	14 (16,7)
		Positiva	n (%)	41 (49,4)	36 (42,9)	39 (45,3)	49 (58,3)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	12 (52,2)	13 (56,5)	12 (52,2)	7 (30,4)
		Neutra	n (%)	2 (8,7)	2 (8,7)	4 (17,4)	3 (13,0)
		Positiva	n (%)	9 (39,1)	8 (34,8)	7 (30,4)	13 (56,6)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	36 (63,2)	40 (70,2)	45 (78,9)	28 (49,1)
		Neutra	n (%)	8 (14,0)	9 (15,8)	4 (7,0)	17 (29,8)
		Positiva	n (%)	13 (22,8)	8 (14,0)	8 (14,0)	12 (21,1)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	21 (51,2)	21 (51,2)	23 (56,1)	16 (39,0)
		Neutra	n (%)	10 (24,4)	4 (9,8)	6 (14,6)	5 (12,2)
		Positiva	n (%)	10 (24,4)	16 (39,0)	12 (29,3)	20 (48,8)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	7 (46,7)	8 (53,3)	7 (46,7)	6 (40,0)
		Neutra	n (%)	2 (13,3)	2 (13,3)	3 (20,0)	3 (20,0)
		Positiva	n (%)	6 (40,0)	5 (33,3)	5 (33,3)	6 (40,0)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	15 (40,5)	17 (45,9)	23 (62,2)	13 (35,1)
		Neutra	n (%)	9 (24,3)	11 (29,7)	5 (13,5)	12 (32,4)
		Positiva	n (%)	13 (35,1)	9 (24,3)	9 (24,3)	12 (32,4)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	23 (46,0)	19 (38,0)	27 (54,0)	19 (38,0)
		Neutra	n (%)	7 (14,0)	4 (8,0)	8 (16,0)	8 (16,0)
		Positiva	n (%)	20 (40,0)	27 (54,0)	15 (30,0)	23 (46,0)

FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.7 Dimensão Retorno da informação e comunicação sobre o erro

Na questão C1 “nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos” o hospital C apresentou maior percentual de respostas positivas (41,6%) comparado aos outros. Já o maior percentual de respostas negativas nesta questão foi identificado no hospital B (40,5%), conforme tabela 17.

Na questão C3 “nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade”, parte dos profissionais afirmaram receber tais informações com frequência (52,8%) no hospital C. Resultados aproximados nesta questão foram percebidos na avaliação das respostas positivas nos hospitais A e B, com percentuais de 42,5% e 44,6%, respectivamente (tabela 17).

Em relação à discussão de meios de prevenir erros (questão C5), proximidade de percentuais de respostas positivas foi identificada entre os hospitais A (45,6%) e C (47,5%), o hospital B apresentou o menor percentual de respostas positivas, com 35,0%.

TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: RETORNO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOBRE O ERRO

QUESTÃO			C1	C3	C5
HOSPITAL	RESPOSTAS				
A	Negativa	n (%)	56 (36,1)	49 (31,0)	38 (24,1)
	Neutra	n (%)	60 (38,7)	42 (26,6)	48 (30,4)
	Positiva	n (%)	39 (25,2)	67 (42,4)	72 (45,6)
B	Negativa	n (%)	49 (40,5)	37 (30,6)	34 (28,3)
	Neutra	n (%)	25 (20,7)	30 (24,8)	44 (36,7)
	Positiva	n (%)	47 (38,8)	54 (44,6)	42 (35,0)
C	Negativa	n (%)	32 (31,7)	18 (17,6)	17 (16,8)
	Neutra	n (%)	27 (26,7)	30 (29,4)	36 (35,6)
	Positiva	n (%)	42 (41,6)	54 (52,9)	48 (47,5)

FONTE: O autor (2018).

A categoria profissional que revelou maior percentual de respostas positivas foi a enfermagem no hospital B no que se refere à avaliação do retorno da informação sobre os erros que acontecem na unidade (questão C3), com 75,6%, ressaltando a única questão com respostas positivas  $\geq 75\%$  (tabela 18).



TABELA 18 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: RETORNO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOBRE O ERRO ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO				C1	C3	C5
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS				
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	17 (41,5)	17 (41,5)	11 (26,8)
		Neutra	n (%)	16 (39,0)	14 (34,1)	15 (36,6)
		Positiva	n (%)	8 (19,5)	10 (24,4)	15 (36,6)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	9 (30,0)	7 (22,6)	7 (22,6)
		Neutra	n (%)	16 (53,3)	12 (38,7)	12 (38,7)
		Positiva	n (%)	5 (16,7)	12 (38,7)	12 (38,7)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	30 (35,7)	25 (29,1)	20 (23,3)
		Neutra	n (%)	28 (33,3)	16 (18,6)	21 (24,4)
		Positiva	n (%)	26 (31,0)	45 (52,3)	45 (52,3)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	11 (47,8)	7 (30,4)	7 (31,8)
		Neutra	n (%)	3 (13,0)	8 (34,8)	8 (36,4)
		Positiva	n (%)	9 (39,1)	8 (34,8)	7 (31,8)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	29 (50,9)	24 (42,1)	21 (36,8)
		Neutra	n (%)	11 (19,3)	18 (31,6)	20 (35,1)
		Positiva	n (%)	17 (29,8)	15 (26,3)	16 (28,1)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	9 (22,0)	6 (14,6)	6 (14,6)
		Neutra	n (%)	11 (26,8)	4 (9,8)	16 (39,0)
		Positiva	n (%)	21 (51,2)	31 (75,6)	19 (46,3)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	7 (46,7)	2 (13,3)	3 (21,4)
		Neutra	n (%)	2 (13,3)	7 (46,7)	5 (35,7)
		Positiva	n (%)	6 (40,0)	6 (40,0)	6 (42,9)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	19 (51,4)	13 (35,1)	9 (24,3)
		Neutra	n (%)	9 (24,3)	9 (24,3)	11 (29,7)
		Positiva	n (%)	9 (24,3)	15 (40,5)	17 (45,9)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	6 (12,2)	3 (6,0)	5 (10,0)
		Neutra	n (%)	16 (32,7)	14 (28,0)	20 (40,0)
		Positiva	n (%)	27 (55,1)	33 (66,0)	25 (50,0)

FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.8 Dimensão Abertura da comunicação

Na questão C2 “os profissionais têm liberdade para dizer algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente” os profissionais demonstraram percentual de respostas positivas acima de 50% nos três hospitais, com 67,9% (hospital A), 62,0% (hospital B) e 63,7% (hospital C).

Ao observar a tabela 19, na questão C4 “os profissionais sentem-se a vontade para questionar decisões ou ações de seus supervisores”, nota-se que em nenhum hospital houve percentual de respostas positivas acima de 50%, e que o hospital com maior percentual de respostas negativas para essa questão foi o A, com 40,5%.

As respostas referentes à questão C6, “os profissionais têm receio de perguntar, quando algo não parece estar certo”, apontam que 62,0% no hospital B expressaram respostas positivas. Os demais hospitais apresentaram resultados aproximados, com 48,7% (hospital A) e 48,0% (hospital C) de respostas positivas para a questão.

TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: ABERTURA DA COMUNICAÇÃO

QUESTÃO			C2	C4	C6
HOSPITAL	RESPOSTAS				
A	Negativa	n (%)	16 (10,3)	64 (40,5)	43 (27,2)
	Neutra	n (%)	34 (21,8)	37 (23,4)	38 (24,1)
	Positiva	n (%)	106 (67,9)	57 (36,1)	77 (48,7)
B	Negativa	n (%)	19 (15,7)	26 (21,5)	20 (16,5)
	Neutra	n (%)	27 (22,3)	37 (30,6)	26 (21,5)
	Positiva	n (%)	75 (62,0)	58 (47,9)	75 (62,0)
C	Negativa	n (%)	16 (15,7)	26 (25,5)	21 (20,6)
	Neutra	n (%)	21 (20,6)	36 (35,3)	32 (31,4)
	Positiva	n (%)	65 (63,7)	40 (39,2)	49 (48,0)

FONTE: O autor (2018).

A maioria dos profissionais da enfermagem expressaram respostas positivas na avaliação da liberdade em dizer algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente nos três hospitais, com 71,8% no hospital A, 72,2% no hospital B e 66,0% no hospital C, conforme dados apresentados na tabela 20. A enfermagem revelou os únicos percentuais acima de 50 % na questão C4, com 70,7% no hospital B e 56% no hospital C.

TABELA 20 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: ABERTURA DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO				C2	C4	C6
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS				
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	2 (5,0)	15 (36,6)	10 (24,4)
		Neutra	n (%)	8 (20,0)	10 (24,4)	9 (22,0)
		Positiva	n (%)	30 (75,0)	16 (39,0)	22 (53,7)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	3 (9,7)	18 (58,1)	7 (22,6)
		Neutra	n (%)	13 (41,9)	6 (19,4)	12 (38,7)
		Positiva	n (%)	15 (48,4)	7 (22,6)	12 (38,7)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	11 (12,9)	31 (36,0)	26 (30,2)
		Neutra	n (%)	13 (15,5)	21 (24,4)	17 (19,8)
		Positiva	n (%)	61 (71,8)	34 (39,5)	43 (50,0)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	1 (4,3)	5 (21,7)	3 (13,0)
		Neutra	n (%)	5 (21,7)	8 (34,8)	5 (21,7)
		Positiva	n (%)	17 (73,9)	10 (43,5)	15 (65,2)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	13 (22,8)	15 (26,3)	11 (19,3)
		Neutra	n (%)	16 (28,1)	23 (40,4)	16 (28,1)
		Positiva	n (%)	28 (49,1)	19 (33,3)	30 (52,6)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	5 (12,2)	6 (14,6)	6 (14,6)
		Neutra	n (%)	6 (14,6)	6 (14,6)	5 (12,2)
		Positiva	n (%)	30 (73,2)	29 (70,7)	30 (73,2)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	2 (13,3)	4 (26,7)	4 (26,7)
		Neutra	n (%)	2 (13,3)	6 (40,0)	3 (20,0)
		Positiva	n (%)	11 (73,3)	5 (33,3)	8 (53,3)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	8 (21,6)	15 (40,5)	10 (27,0)
		Neutra	n (%)	8 (21,6)	15 (40,5)	15 (40,5)
		Positiva	n (%)	21 (56,8)	7 (18,9)	12 (32,4)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	6 (12,0)	7 (14,0)	7 (14,0)
		Neutra	n (%)	11 (22,0)	15 (30,0)	14 (28,0)
		Positiva	n (%)	33 (66,0)	28 (56,0)	29 (58,0)

FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.9 Dimensão Frequência de relato de eventos

De acordo com o apresentado na tabela 21, na questão D1 “quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?” o maior percentual de respostas positivas atingiu 49,5% (hospital C), com proximidade de respostas nos demais hospitais (44,2% no hospital A e 46,3% no hospital B).

Na questão D2 “quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano, com que frequência ele é relatado”, 42,7% dos profissionais expressaram respostas positivas no hospital A, 35,5% no hospital B e 45,5% no hospital C. E na questão D3, “quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar dano ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?”, porcentagem expressiva de profissionais (58,4%) apontaram respostas positivas no hospital C. Maior percentual de respostas positivas entre as três questões da dimensão foi observada nesta questão D3 no hospital C (58,4%).

TABELA 21 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: FREQUÊNCIA DE RELATO DE EVENTOS

QUESTÃO			D1	D2	D3
HOSPITAL	RESPOSTAS				
A	Negativa	n (%)	54 (36,4)	52 (33,1)	44 (28,0)
	Neutra	n (%)	33 (21,2)	38 (24,2)	36 (22,9)
	Positiva	n (%)	69 (44,2)	67 (42,7)	77 (49,0)
B	Negativa	n (%)	34 (28,1)	38 (31,4)	31 (25,6)
	Neutra	n (%)	31 (25,6)	40 (33,1)	35 (28,9)
	Positiva	n (%)	56 (46,3)	43 (35,5)	55 (45,5)
C	Negativa	n (%)	28 (27,7)	30 (29,7)	24 (23,8)
	Neutra	n (%)	23 (22,8)	25 (24,8)	18 (17,8)
	Positiva	n (%)	50 (49,5)	46 (45,5)	59 (58,4)

FONTE: O autor (2018).

Os profissionais de enfermagem relataram maior percentual de respostas positivas na questão D1 no hospital B, com 78,0%. Nos demais, a maior parte desta categoria expressou respostas positivas, com 54,8% no hospital A e 67,3% no hospital C. Percentuais satisfatórios ( $\geq 75\%$ ) foi percebido por esses profissionais na avaliação da questão D3 no hospital C, com 77,6% (tabela 22).

O maior percentual de respostas neutras foi identificado na avaliação dos médicos assistentes no hospital B na questão D2, 43,5%. Também foi identificado nesta categoria um percentual de respostas negativas superior a 50% (tabela 22) na avaliação de relato de eventos corrigidos antes de afetar o paciente (D1), com 53,3% (hospital C).

TABELA 22 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: FREQUÊNCIA DE RELATO DE EVENTOS ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO			D1	D2	D3
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS			
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	17 (41,5)	18 (43,9)	16 (39,0)
		Neutra n (%)	11 (26,8)	9 (22,0)	9 (22,0)
		Positiva n (%)	13 (31,7)	14 (34,1)	16 (39,0)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	17 (54,8)	15 (48,4)	14 (45,2)
		Neutra n (%)	4 (12,9)	8 (25,8)	8 (25,8)
		Positiva n (%)	10 (32,3)	8 (25,8)	9 (29,0)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	20 (23,8)	19 (22,4)	14 (16,5)
		Neutra n (%)	18 (21,4)	21 (24,7)	19 (22,4)
		Positiva n (%)	46 (54,8)	45 (52,9)	52 (61,2)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	9 (39,1)	8 (34,8)	7 (30,4)
		Neutra n (%)	6 (26,1)	10 (43,6)	10 (43,5)
		Positiva n (%)	8 (34,8)	5 (21,7)	6 (26,1)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	29 (50,9)	24 (42,1)	21 (36,8)
		Neutra n (%)	11 (19,3)	18 (31,6)	20 (35,1)
		Positiva n (%)	17 (29,8)	15 (26,3)	16 (28,1)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	2 (4,9)	5 (12,2)	5 (12,2)
		Neutra n (%)	7 (17,1)	8 (19,5)	6 (14,6)
		Positiva n (%)	32 (78,0)	28 (68,3)	30 (73,3)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	8 (53,3)	7 (46,7)	7 (46,7)
		Neutra n (%)	2 (13,3)	4 (26,7)	3 (20,0)
		Positiva n (%)	5 (33,3)	4 (26,7)	5 (33,3)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	17 (45,9)	19 (51,4)	12 (32,4)
		Neutra n (%)	8 (21,6)	10 (27,0)	9 (24,3)
		Positiva n (%)	12 (32,4)	8 (21,6)	16 (43,2)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	3 (6,1)	4 (8,2)	5 (10,2)
		Neutra n (%)	13 (26,5)	11 (22,4)	6 (12,2)
		Positiva n (%)	33 (67,3)	34 (69,4)	38 (77,6)

FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.10 Dimensão Trabalho em equipe entre as unidades

Esta dimensão avalia as questões (tabela 23): F4 “há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto”; F10 “as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor trabalho aos paciente”; F2 “as unidade do hospital não estão bem coordenadas entre si”; e F6 “muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital”.

Ao analisar a questão F4, observa-se a disparidade no percentual de positivas entre o hospital A (27,6%) e os hospitais B (63,0%) e C (55,4%). Também foi identificada diferença na questão F10, o hospital B expressou 70,8%, diversamente o hospital C revelou 59,8% e o hospital A 37,4%.

Nenhuma questão apresentou percentual de respostas positivas  $\geq 75\%$ , o maior foi encontrado no hospital B, na questão F10 (70,8%).

TABELA 23 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: TRABALHO EM EQUIPE ENTRE AS UNIDADES

QUESTÃO		F2	F4	F6	F10
HOSPITAL	RESPOSTAS				
A	Negativa n (%)	93 (60,4)	67 (42,9)	59 (37,6)	45 (29,0)
	Neutra n (%)	27 (17,2)	46 (29,5)	42 (26,8)	52 (33,5)
	Positiva n (%)	34 (22,1)	43 (27,6)	42 (35,7)	58 (37,4)
B	Negativa n (%)	47 (39,8)	22 (18,5)	33 (27,5)	12 (10,0)
	Neutra n (%)	27 (22,9)	22 (18,5)	16 (13,3)	23 (19,2)
	Positiva n (%)	44 (37,3)	75 (63,0)	71 (59,2)	85 (70,8)
C	Negativa n (%)	49 (49,0)	29 (28,7)	48 (47,1)	13 (12,7)
	Neutra n (%)	23 (23,0)	16 (15,8)	17 (16,7)	28 (27,5)
	Positiva n (%)	28 (28,0)	56 (55,4)	37 (36,3)	61 (59,8)

FONTE: O autor (2018).

A disparidade entre as respostas aos itens nesta dimensão foi observada entre as diferentes categorias profissionais.

Diferença expressiva foi encontrada na avaliação da questão F10 no hospital B, onde 90,2% das respostas da enfermagem foram positivas, enquanto no hospital A 47,0% e no hospital C 72,0%. Semelhantemente, a questão F4 apresentou 85,2% de respostas positivas na avaliação da enfermagem no hospital B, ao passo que o hospital A expressou 35,7% e o hospital C 70,0% na mesma questão.

Percentuais de respostas negativas acima de 50% foram encontrados na avaliação de médicos assistentes na questão F2 nos três hospitais, 68,3% (hospital A), 52,2% (hospital B), e 66,7% (hospital C). Entre os médicos residentes, foram encontradas nas questões F2 e F6 nos três hospitais, conforme tabela 24.

A enfermagem não identificou respostas negativas quando avaliada a coordenação entre as unidades (questão F10) nos hospitais B e C.

TABELA 24 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: TRABALHO EM EQUIPE ENTRE UNIDADES ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO			F2	F4	F6	F10
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS				
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	28 (68,3)	19 (46,3)	10 (24,4)	12 (29,3)
		Neutra n (%)	6 (14,6)	15 (36,6)	16 (39,0)	17 (41,5)
		Positiva n (%)	7 (17,1)	7 (17,1)	15 (36,6)	12 (29,3)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	22 (71,0)	17 (54,8)	18 (60,0)	14 (45,2)
		Neutra n (%)	5 (16,1)	8 (25,8)	8 (26,7)	10 (32,3)
		Positiva n (%)	4 (19,2)	6 (19,4)	4 (13,3)	7 (22,6)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	43 (52,4)	31 (36,9)	31 (36,0)	19 (22,9)
		Neutra n (%)	16 (19,5)	23 (27,4)	18 (20,9)	25 (30,1)
		Positiva n (%)	23 (28,8)	30 (35,7)	37 (43,0)	39 (47,0)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	12 (52,2)	10 (43,5)	5 (21,7)	5 (21,7)
		Neutra n (%)	6 (26,1)	4 (17,4)	1 (4,3)	8 (34,8)
		Positiva n (%)	5 (21,7)	9 (39,1)	17 (73,9)	10 (43,5)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	24 (42,9)	10 (18,2)	17 (30,4)	7 (12,5)
		Neutra n (%)	14 (25,0)	14 (25,5)	9 (16,1)	11 (19,6)
		Positiva n (%)	18 (32,1)	31 (56,4)	30 (53,6)	38 (67,9)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	11 (28,2)	2 (4,9)	11 (26,8)	0 (0,0)
		Neutra n (%)	7 (17,9)	4 (9,8)	6 (14,6)	4 (9,8)
		Positiva n (%)	21 (53,8)	35 (85,4)	24 (58,5)	37 (90,2)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	10 (66,7)	8 (53,3)	5 (33,3)	4 (26,7)
		Neutra n (%)	2 (13,3)	1 (6,7)	1 (6,7)	5 (33,3)
		Positiva n (%)	3 (20,0)	6 (40,0)	9 (60,0)	6 (40,0)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	21 (56,8)	11 (30,6)	20 (54,1)	9 (24,3)
		Neutra n (%)	7 (18,9)	10 (27,8)	7 (18,9)	9 (24,3)
		Positiva n (%)	9 (24,3)	15 (41,7)	10 (27,0)	19 (51,4)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	18 (37,5)	10 (20,0)	23 (46,0)	0 (0,0)
		Neutra n (%)	14 (29,2)	5 (10,0)	9 (18,0)	14 (28,0)
		Positiva n (%)	16 (33,3)	35 (70,0)	18 (36,0)	36 (72,0)

FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.11 Dimensão Adequação de profissionais

Diante da análise das questões apresentadas nesta dimensão (tabela 25), observa-se baixos percentuais de respostas positivas. A questão A2 “temos profissionais suficientes para dar conta do trabalho” apresentou percentual de resposta positiva não superior a 40,8% (hospital B), 31% no hospital C e 26,8% no hospital A.

Semelhantemente, a questão A5 “nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente” apresentou respostas positivas em 37,7% (hospital A), 35,8% (hospital B), e 42,2% (hospital C).

A única questão da dimensão que apresentou escores de respostas positivas acima de 50%, na avaliação geral entre os hospitais, foi a questão A7 “utilizamos mais profissionais terceirizados/temporários do que seria desejável para o cuidado do paciente”. No hospital A e B a maioria dos profissionais apresentou respostas positivas, 52,9% e 55,0%, respectivamente, enquanto que no hospital C 43,6%.

Os profissionais predominantemente (66,1%) associaram respostas negativas à questão A14 “nós trabalhamos em “situações de crise” no hospital B. No hospital C o resultado também foi expressivo, com 61,8% das respostas negativas nesta questão, o hospital A demonstrou 43,6%. O menor percentual de resposta positiva da dimensão foi atribuído à questão A14 no hospital B (9,1%).

TABELA 25 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DE PROFISSIONAIS

QUESTÃO		A2	A5	A7	A14
HOSPITAL	RESPOSTAS				
A	Negativa n (%)	89 (56,7)	58 (37,7)	34 (22,2)	68 (43,6)
	Neutra n (%)	26 (16,6)	38 (24,7)	38 (24,8)	26 (16,7)
	Positiva n (%)	42 (26,8)	58 (37,7)	81 (52,9)	62 (39,7)
B	Negativa n (%)	40 (33,3)	57 (47,5)	20 (16,7)	80 (66,1)
	Neutra n (%)	31 (25,8)	20 (16,7)	34 (28,3)	30 (24,8)
	Positiva n (%)	49 (40,8)	43 (35,8)	66 (55,0)	11 (9,1)
C	Negativa n (%)	54 (52,9)	39 (38,2)	27 (26,7)	63 (61,8)
	Neutra n (%)	17 (16,7)	20 (19,6)	30 (29,7)	23 (22,5)
	Positiva n (%)	31 (30,4)	43 (42,2)	44 (43,6)	16 (15,7)

FONTE: O autor (2018).

Entre as categorias profissionais, não houve percentual de respostas positivas  $\geq 75\%$  nas questões desta dimensão. O maior percentual foi apresentado na questão A7 através da percepção dos médicos assistentes no hospital B, com 73,9% de



respostas positivas. Diversamente, os médicos residentes deste hospital expressaram 41,1% de respostas positivas.

Os menores percentuais de respostas positivas foram percebidos na avaliação da questão A14 em todos os hospitais e categorias. Nesta questão o maior percentual de respostas negativas foi observado na avaliação dos médicos residentes no hospital C (78,4%), e de respostas positivas entre os médicos residentes do hospital A (46,7%). A enfermagem apresentou o maior percentual de respostas positivas na questão A7 no hospital B (63,4%); no hospital A o percentual foi de 60,5%; e no hospital C 44,0% (tabela 26).

TABELA 26 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DE PROFISSIONAIS ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO				A2	A5	A7	A14
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS					
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	17 (41,5)	13 (31,7)	12 (29,3)	19 (46,3)
		Neutra	n (%)	9 (22,0)	12 (29,3)	11 (26,8)	9 (22,0)
		Positiva	n (%)	15 (36,6)	16 (39,0)	18 (43,9)	13 (31,7)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	16 (51,6)	8 (25,8)	5 (16,1)	13 (43,3)
		Neutra	n (%)	5 (16,1)	13 (41,9)	12 (38,7)	3 (10,0)
		Positiva	n (%)	10 (32,3)	10 (32,3)	14 (45,2)	14 (46,7)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	56 (65,9)	37 (45,1)	17 (21,0)	36 (42,4)
		Neutra	n (%)	12 (14,1)	13 (15,9)	15 (18,5)	14 (16,5)
		Positiva	n (%)	17 (20,0)	32 (39,0)	49 (60,5)	35 (41,2)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	13 (56,5)	14 (60,9)	6 (26,1)	15 (65,2)
		Neutra	n (%)	5 (21,7)	1 (4,3)	0 (0,0)	7 (30,4)
		Positiva	n (%)	5 (21,7)	8 (34,8)	17 (73,9)	1 (4,3)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	22 (39,3)	34 (59,6)	10 (17,9)	38 (66,7)
		Neutra	n (%)	14 (25,0)	13 (22,8)	23 (41,1)	16 (28,1)
		Positiva	n (%)	20 (35,7)	10 (17,5)	23 (41,1)	3 (5,3)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	5 (12,2)	9 (22,5)	4 (9,8)	27 (65,9)
		Neutra	n (%)	12 (29,3)	6 (15,0)	11 (26,8)	7 (17,1)
		Positiva	n (%)	24 (58,5)	25 (62,5)	26 (63,4)	7 (17,1)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	9 (60,0)	9 (60,0)	6 (40,0)	8 (53,3)
		Neutra	n (%)	3 (20,0)	2 (13,3)	0 (0,0)	6 (40,0)
		Positiva	n (%)	3 (20,0)	4 (26,7)	9 (60,0)	1 (6,7)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	20 (54,1)	17 (45,9)	9 (25,0)	29 (78,4)
		Neutra	n (%)	5 (13,5)	10 (27,0)	14 (38,9)	4 (10,8)
		Positiva	n (%)	12 (32,4)	10 (27,0)	13 (36,1)	4 (10,8)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	25 (50,0)	13 (26,0)	12 (24,0)	26 (52,0)
		Neutra	n (%)	9 (18,0)	8 (16,0)	16 (32,0)	13 (26,0)
		Positiva	n (%)	16 (32,0)	29 (58,0)	22 (44,0)	11 (22,0)

FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.12 Dimensão Passagem de plantão/turnos e transferências

De acordo com o resultado da questão F3 (tabela 27), “o processo de cuidado é comprometido quando o paciente é transferido de uma unidade para outra”, nota-se que não houve percentuais positivos acima de 50% (26,1% no hospital A, 44,5% no hospital B, e 37,3% no hospital C).

Quando os profissionais foram questionados sobre a perda comum de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno (F5), 34,0% expressaram respostas positivas no hospital A, 47,9% no hospital B, e 44,0% no hospital C.

A questão F7 avalia a frequência da ocorrência de problemas na troca de informações entre as unidades do hospital, e evidencia proximidade das respostas nos hospitais A e C, (26,0% e 25,5% respectivamente); no hospital B foi identificado 36,4% de respostas positivas (tabela 27).

Na questão F11 “neste hospital, as mudanças de plantão ou de turnos são problemáticas para os pacientes”, a maioria dos profissionais do hospital B responderam positivamente (60%). Nos demais hospitais, houve proximidade de respostas positivas com 43,9% (hospital A) e 47,1 % (hospital C).

TABELA 27 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: PASSAGEM DE PLANTÃO/TURNOS E TRANSFERÊNCIAS

QUESTÃO		F3	F5	F7	F11
HOSPITAL	RESPOSTAS				
A	Negativa n (%)	74 (47,1)	70 (44,9)	70 (45,5)	45 (28,7)
	Neutra n (%)	42 (26,8)	33 (21,2)	44 (28,6)	43 (27,4)
	Positiva n (%)	41 (26,1)	53 (34,0)	40 (26,0)	69 (43,9)
B	Negativa n (%)	33 (27,7)	49 (41,2)	41 (33,9)	25 (20,8)
	Neutra n (%)	33 (27,7)	13 (10,9)	36 (29,8)	23 (19,2)
	Positiva n (%)	53 (44,5)	57 (47,9)	44 (36,4)	72 (60,0)
C	Negativa n (%)	35 (34,3)	48 (47,1)	47 (46,1)	29 (28,4)
	Neutra n (%)	29 (28,4)	9 (8,8)	29 (28,4)	25 (24,5)
	Positiva n (%)	38 (37,3)	45 (44,1)	26 (25,5)	48 (47,1)

FONTE: O autor (2018).

A questão F11 avaliada no hospital B refletiu respostas positivas na enfermagem (80,5%), nos demais hospitais foi de 57,6% (hospital A), e 64,0% (hospital C).

Entre os médicos assistentes, todas as questões da dimensão apresentaram escores de respostas positivas abaixo de 50% (tabela 28), com valores mínimos de

31,7% na questão F11 (hospital A), 34,8% nas questões F5 e F7 (hospital B), e 26,7% na questão F3 (hospital C).

O menor percentual de respostas positivas foi expresso pelos médicos residentes na questão F7, com 13,3% (hospital A); percentual aproximado foi percebido no hospital C nesta mesma questão (18,8%).

TABELA 28 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: PASSAGEM DE PLANTÃO/TORNOS E TRANSFERÊNCIAS ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO				F3	F5	F7	F11
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS					
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	22 (53,7)	16 (39,0)	21 (52,5)	15 (36,6)
		Neutra	n (%)	13 (31,7)	13 (31,7)	12 (30,0)	15 (36,6)
		Positiva	n (%)	6 (36,6)	12 (39,0)	7 (43,9)	11 (31,7)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	15 (48,4)	16 (55,2)	16 (23,3)	6 (19,4)
		Neutra	n (%)	10 (32,2)	7 (24,1)	10 (33,3)	16 (51,6)
		Positiva	n (%)	6 (19,4)	6 (20,7)	4 (13,3)	9 (29,0)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	37 (43,5)	38 (44,2)	33 (39,3)	24 (28,2)
		Neutra	n (%)	19 (22,4)	13 (15,1)	22 (26,2)	12 (14,1)
		Positiva	n (%)	29 (34,1)	35 (40,7)	29 (34,5)	49 (57,6)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	7 (30,4)	10 (43,5)	9 (39,1)	6 (26,1)
		Neutra	n (%)	8 (34,8)	2 (8,7)	6 (26,1)	7 (30,4)
		Positiva	n (%)	8 (34,8)	11 (47,8)	8 (34,8)	10 (43,5)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	18 (32,7)	28 (50,9)	21 (36,8)	15 (26,8)
		Neutra	n (%)	14 (25,5)	6 (10,9)	18 (31,6)	12 (21,4)
		Positiva	n (%)	23 (41,8)	21 (38,2)	18 (31,6)	29 (51,8)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	8 (19,5)	11 (26,8)	11 (26,8)	4 (9,8)
		Neutra	n (%)	11 (26,8)	5 (12,2)	12 (29,3)	4 (9,8)
		Positiva	n (%)	22 (53,7)	25 (61,0)	18 (43,9)	33 (80,5)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa	n (%)	6 (40,0)	7 (46,7)	7 (46,7)	6 (40,0)
		Neutra	n (%)	5 (33,3)	1 (6,7)	4 (26,7)	3 (20,0)
		Positiva	n (%)	4 (26,7)	7 (46,7)	4 (26,7)	6 (40,0)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa	n (%)	17 (45,9)	26 (70,3)	21 (56,8)	17 (45,9)
		Neutra	n (%)	9 (24,3)	2 (5,4)	9 (24,3)	10 (27,0)
		Positiva	n (%)	11 (29,7)	9 (24,3)	7 (18,9)	10 (27,0)
	ENFERMAGEM	Negativa	n (%)	12 (24,0)	15 (30,0)	19 (38,0)	6 (12,0)
		Neutra	n (%)	15 (30,0)	6 (12,0)	16 (32,0)	12 (24,0)
		Positiva	n (%)	23 (46,0)	29 (58,0)	15 (30,0)	32 (64,0)

FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.13 Dimensão Respostas não punitivas ao erro

Nesta dimensão foram identificados baixos percentuais de respostas positivas em todas as questões (tabela 29).

As respostas referentes à questão A8 “os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles” demonstram percentual expressivo de respostas negativas: 74,2% hospital A, 78,5% hospital B, e 77,5% hospital C. O menor percentual de respostas positivas nesta questão foi identificado no hospital C, com 8,8%.

Na questão A12 “quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”, o menor percentual de respostas positivas foi expresso no hospital B (17,4%); no demais hospitais, valores aproximados foram identificados, com 20,5% (hospital A) e 23,5% (hospital B).

Em relação à questão A16, “os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”, houve predominância de respostas negativas, com 54,4% (hospital A), 70,6% (hospital B) e 65,3% (hospital C).

TABELA 29 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: RESPOSTAS NÃO PUNITIVAS AO ERRO

QUESTÃO		A8	A12	A16
HOSPITAL	RESPOSTAS			
A	Negativa n (%)	115 (74,2)	101 (64,7)	85 (54,4)
	Neutra n (%)	20 (12,9)	23 (14,7)	33 (21,2)
	Positiva n (%)	20 (12,9)	32 (20,5)	38 (24,4)
B	Negativa n (%)	95 (78,5)	92 (76,0)	84 (70,6)
	Neutra n (%)	17 (14,0)	8 (6,6)	17 (14,3)
	Positiva n (%)	9 (7,4)	21 (17,4)	18 (15,1)
C	Negativa n (%)	79 (77,5)	64 (62,7)	66 (65,3)
	Neutra n (%)	14 (13,7)	14 (13,7)	17 (16,8)
	Positiva n (%)	9 (8,8)	24 (23,5)	18 (17,8)

FONTE: O autor (2018).

A tabela 30 expõe os percentuais de respostas por categoria profissional e por hospital de acordo com cada questão da dimensão. Diante desta é possível inferir que os médicos residentes expressaram o maior percentual de respostas negativas, com 89,5% na questão A8 no hospital B. Foi identificado também entre esses o menor percentual de respostas positivas, manifestos na questão A8, com 3,2% (hospital A), 1,8% (hospital B) e 2,7 % (hospital C). Percentuais significativamente baixos de

respostas positivas foram expressos por médicos assistentes na questão A8, com 7,3% (hospital A), 4,3% (hospital B) e 6,7% (hospital C).

Entre a enfermagem, o menor e maior percentual de respostas positivas foram identificados no hospital C, nas questões A8 (14,0%) e A12 (32,0%).

TABELA 30 – COMPARAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS DA DIMENSÃO: RESPOSTAS NÃO PUNITIVAS AO ERRO ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS HOSPITAIS

QUESTÃO			A8	A12	A16
HOSPITAL	PROFISSIONAL	RESPOSTAS			
A	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	35 (85,4)	30 (73,2)	23 (56,1)
		Neutra n (%)	3 (7,3)	7 (17,1)	9 (22,0)
		Positiva n (%)	3 (7,3)	4 (9,8)	9 (22,0)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	25 (80,6)	19 (61,3)	21 (67,7)
		Neutra n (%)	5 (16,1)	4 (12,9)	5 (16,1)
		Positiva n (%)	1 (3,2)	8 (25,80)	5 (16,1)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	55 (66,3)	52 (61,9)	41 (48,8)
		Neutra n (%)	12 (14,5)	12 (14,3)	19 (22,6)
		Positiva n (%)	16 (19,3)	20 (23,8)	24 (28,6)
B	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	18 (78,3)	17 (73,9)	17 (73,9)
		Neutra n (%)	4 (17,4)	0 (0,0)	1 (4,3)
		Positiva n (%)	1 (4,3)	6 (26,1)	5 (21,7)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	51 (89,5)	49 (86,0)	43 (75,4)
		Neutra n (%)	5 (8,8)	4 (7,0)	8 (14,0)
		Positiva n (%)	1 (1,8)	4 (7,0)	6 (10,5)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	26 (63,4)	26 (6,4)	24 (61,5)
		Neutra n (%)	8 (19,5)	4 (9,8)	8 (20,5)
		Positiva n (%)	7 (17,1)	11 (26,8)	7 (17,9)
C	MÉDICO ASSISTENTE	Negativa n (%)	12 (80,0)	11 (73,3)	11 (73,3)
		Neutra n (%)	2 (13,3)	0 (0,0)	1 (6,7)
		Positiva n (%)	1 (6,7)	4 (26,7)	3 (20,0)
	MÉDICO RESIDENTES	Negativa n (%)	31 (83,8)	28 (75,7)	24 (64,9)
		Neutra n (%)	5 (13,5)	5 (13,5)	8 (21,6)
		Positiva n (%)	1 (2,7)	4 (10,8)	5 (13,5)
	ENFERMAGEM	Negativa n (%)	36 (72,0)	25 (50,0)	31 (63,3)
		Neutra n (%)	7 (14,0)	9 (18,0)	8 (16,3)
		Positiva n (%)	7 (14,0)	16 (32,0)	10 (20,4)

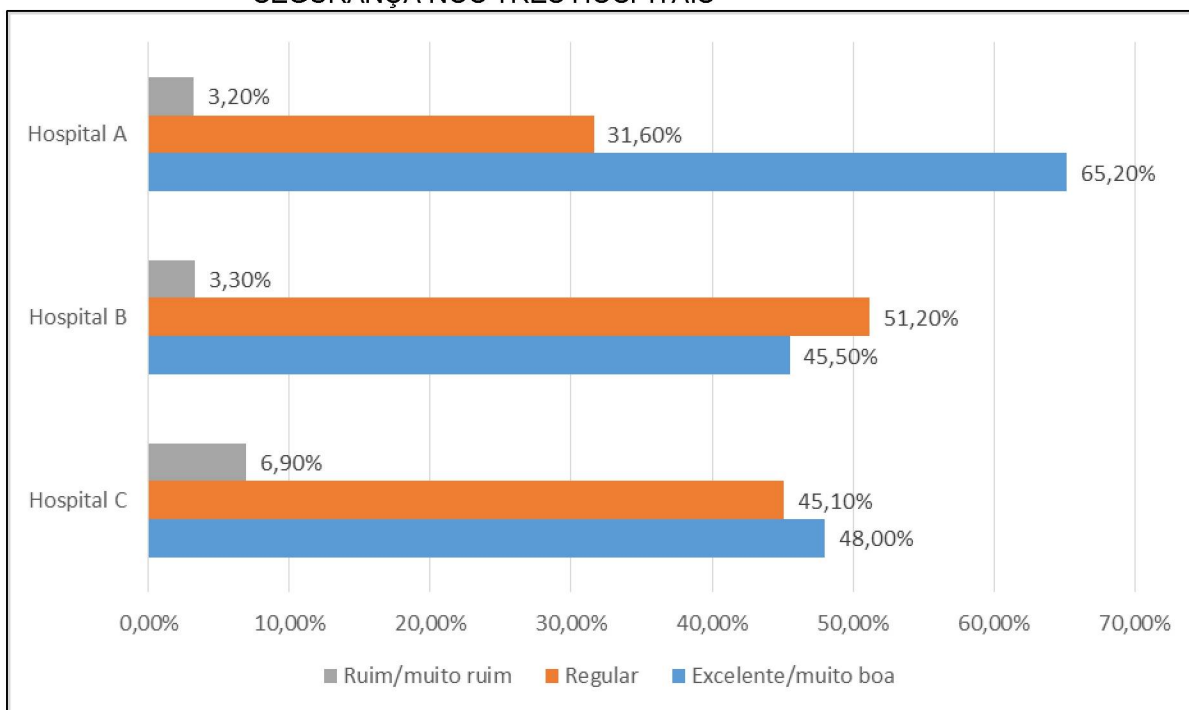
FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.14 Variável de Resultado Percepções generalizadas sobre a segurança

Para cada uma das variáveis, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as classificações da variável são iguais para os três hospitais, versus a hipótese alternativa de distribuições diferentes. Nas tabelas 31 e 32 são apresentados, para cada variável, os percentuais das classificações de acordo com os hospitais e os valores de p dos testes estatísticos.

Quanto à nota de segurança do paciente, atribuída a percepção geral nos hospitais A e B foi semelhante, com prevalência de notas excelente/ muito boa (65,2% no hospital A e 48% no hospital C), conforme gráfico 5. No hospital C, a nota prevalente foi regular (51,20%).

GRÁFICO 5 – VARIÁVEL DE RESULTADO PERCEPÇÕES GENERALIZADAS SOBRE A SEGURANÇA NOS TRÊS HOSPITAIS



FONTE: O autor (2018).

A enfermagem expressou maior nota em relação a segurança do paciente no hospital A com nota excelente/ muito boa em 70,9% das respostas. Semelhantemente no hospital B, a maior taxa de respostas nesta categoria profissional expressou nota excelente/muito boa. Já no hospital C a nota atribuída enfermagem em 50% das respostas foi regular.

No hospital C 66,7% das respostas dos médicos assistentes atribuíram nota excelente/muito boa. No hospital B a maior porcentagem de respostas foi expressa pelos médicos residentes com nota geral regular (64,9%).

TABELA 31 – NOTA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS HOSPITAIS E NAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Categoria profissional	Nota de segurança do paciente	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Valor de p
		n	%	n	%	n	%	
Médico Assistente	Excelente/muito boa	24	58,5%	13	56,5%	10	66,7%	0,300
	Regular	15	36,6%	7	30,4%	2	13,3%	
	Ruim/muito ruim	2	4,9%	3	13,0%	3	20,0%	
Médico Residente	Excelente/muito boa	18	58,1%	19	33,3%	16	43,2%	Não aplicável
	Regular	13	41,9%	37	64,9%	19	51,4%	
	Ruim/muito ruim	0	0,0%	1	1,8%	2	5,4%	
Enfermagem	Excelente/muito boa	61	70,9%	23	56,1%	23	46,0%	0,028
	Regular	22	25,6%	18	43,9%	25	50,0%	
	Ruim/ muito ruim	3	3,5%	0	0,0%	2	4,0%	

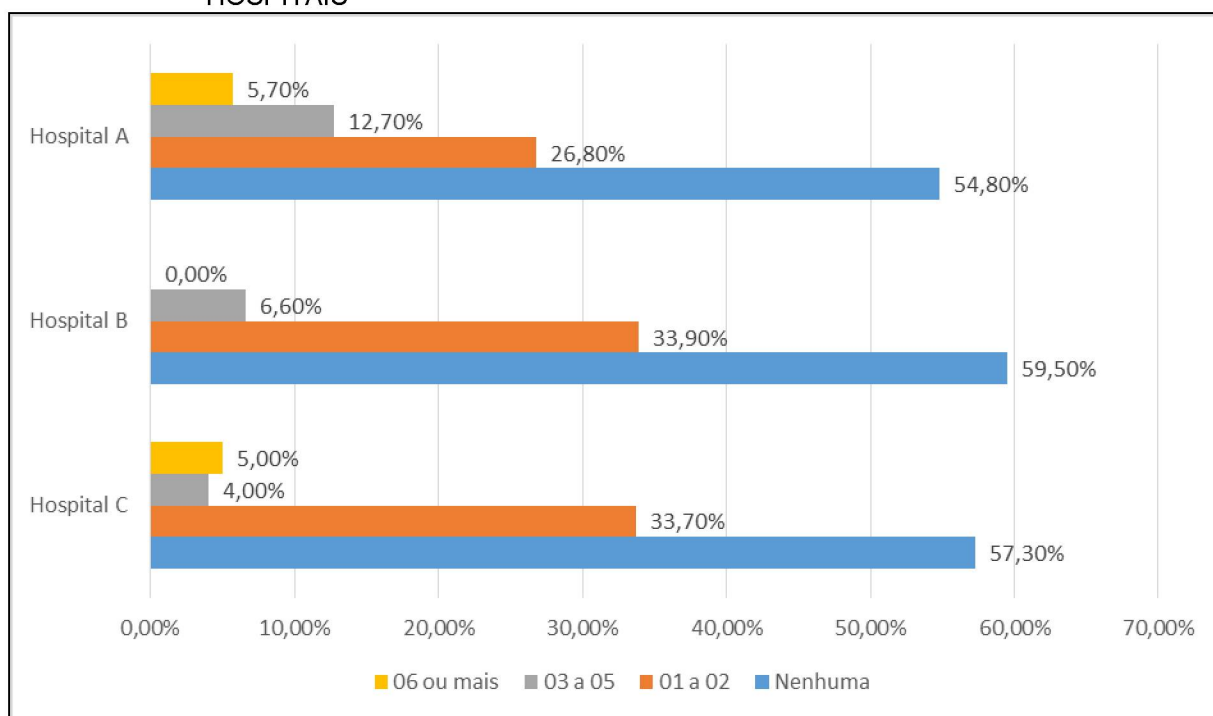
FONTE: O autor (2018).

#### 4.3.15 Variável de resultado Número de eventos notificados

O gráfico 6 abaixo reflete o número de eventos notificados nos hospitais nos últimos doze meses, de acordo com a percepção dos participantes.

Em relação ao número de EA notificados, os três hospitais revelaram predomínio de nenhum evento, 12,7% dos participantes relataram seis ou mais eventos no hospital A. No hospital B nenhum participante notificou seis ou mais eventos (gráfico 6).

GRÁFICO 6 – VARIÁVEL DE RESULTADO NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS NOS TRÊS HOSPITAIS



FONTE: O autor (2018).

Observando-se a tabela 32 é possível constatar que a enfermagem nunca notificou eventos em 64,7% (hospital A), 61,0% (hospital B), e 61,2% (hospital C).

TABELA 32 – NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS NOS HOSPITAIS E NAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Categoria profissional	Número de eventos notificados	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Valor de p
		n	%	n	%	n	%	
Médico Assistente	Nenhum	17	41,5%	11	47,8%	8	53,3%	Não aplicável
	1-2	18	43,9%	10	43,5%	5	33,3%	
	3-5	5	12,2%	2	8,7%	2	13,3%	
	6 ou mais	1	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	
Médico Residente	Nenhum	14	45,2%	36	63,2%	20	54,1%	Não aplicável
	1-2	11	35,5%	21	36,8%	17	45,9%	
	3-5	5	16,1%	0	0,0%	0	0,0%	
	6 ou mais	1	3,2%	0	0,0%	0	0,0%	
Enfermagem	Nenhum	55	64,7%	25	61,0%	30	61,2%	0,201
	1-2	13	15,3%	10	24,4%	12	24,5%	
	3-5	10	11,8%	6	14,6%	2	4,1%	
	6 ou mais	7	8,2%	0	0,0%	5	10,2%	

Fonte: O autor (2018).



## 5 DISCUSSÃO

A participação dos profissionais nesta pesquisa atingiu a média de 61,45% (n=381) da população alvo (n=620) e, respectivamente 63,7%, n= 158 (hospital A); 59%, n=121 (hospital B); e 61%, n=102 (hospital C).

Os resultados evidenciaram que a percepção dos profissionais da enfermagem e medicina acerca da cultura de segurança dos ambientes de trabalho onde atuam difere entre os hospitais. Em contrapartida, as áreas fortalecidas e frágeis da cultura de segurança se apresentaram, em geral, consonante nos três cenários analisados.

Percebe-se que o tipo de gestão, tempo de trabalho na unidade e categoria profissional influenciaram na nota geral da segurança do paciente. Assim, considera-se a valoração de ações promotoras de segurança direcionadas, de forma particularizada, aos serviços, com vistas a fortalecer o construto “cultura de segurança” nas unidades cirúrgicas do estudo.

Existe impacto social, psicológico e financeiro importante resultante de problemas na segurança do paciente, que atingem diretamente o paciente e a instituição. A partir do reconhecimento das vulnerabilidades é possível prospectar mudanças positivas no resultado da cultura de segurança do paciente institucional e a condição de uma assistência mais segura (NPSF, 2018).

Os dados demonstram que as 12 dimensões de cultura de segurança, avaliadas nos três hospitais, em geral, apresentam-se neutras e frágeis para o cuidado seguro, a partir do escore geral positivo desejado ( $\geq 75\%$ ), conforme recomendação da AHRQ dos EUA. (ROCKVILLE; SORRA; GRAY et al., 2016). Estudos brasileiros em hospitais públicos e/ou universitários expressaram escores semelhantes de cultura de segurança inferior ao desejado nas regiões nordeste (ANDRADE; LOPES; SOUZA FILHO et al., 2018; TAVARES; MOURA; AVELINO et al., 2018), centro-oeste, (CARVALHO; GOTTEMS; PIRES et al., 2015) sudeste, (MARINHO; RADUNZ; BARBOSA, 2014) e sul (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014; CRUZ; ROCHA; MAURICIO et al., 2018). Resultados semelhantes foram identificados nos Estados Unidos da América (HEFNER; HILLIGOSS; KNUPP et al., 2017), Irã (KIAEI; ZIAEE; MOHEBBIFAR et al., 2016), Portugal (EIRAS; ESCOVAL; GRILLO et al., 2014) e Eslovênia (ROBIDA, 2013).

Diante da diversidade de pesquisas mostrando resultados de cultura de segurança frágil é possível aceitar e reconhecer a necessidade de melhorias nas instituições; mas, também permite identificar que o índice estabelecido para reconhecer uma cultura fortalecida ( $\geq 75\%$ ) está muito acima da realidade brasileira, e, possivelmente, de outros países.

Contudo, assumindo o parâmetro da AHRQ, e considerando-se que a cultura de segurança fortalecida é caracterizada pela comunicação interpessoal efetiva, confiança mútua e percepções sobre a importância da segurança e da eficácia de medidas efetivas (ROCKVILLE; SORRA; GRAY, et al., 2016), os dados apresentados demonstram a necessidade de estratégias para fortalecer as dimensões nas unidades cirúrgicas, envolvendo gestores e profissionais da saúde.

A única dimensão fortalecida do estudo foi **trabalho em equipe dentro das unidades**, com 77% de respostas positivas no hospital B ( $p < 0,001$ ). Resultado que corrobora estudos brasileiros que identificaram esta como dimensão fortalecida em hospitais privados nos estados do Rio Grande do Norte (ANDRADE; LOPES; SOUZA FILHO et al., 2018) e Ceará (TAVARES; MOURA; AVELINO et al., 2018). E semelhantemente à investigação realizada na Jordânia. (KHATER; AKHU-ZAHEYA; AL-MAHASNEH et al., 2015). Estudo realizado no Peru com 1679 profissionais entre enfermagem, médicos e médicos residentes, identificou resultados semelhantes na avaliação de serviços de saúde público e privado, demonstrando escores satisfatórios para a dimensão **trabalho em equipe dentro das unidades** no hospital privado, com 76% de respostas positivas para esta dimensão. (ARRIETA; SUÀREZ; HAKIM, 2017).

O resultado da sinergia entre os integrantes como resultado de esforço coordenado, com propósitos em comum e a ciência que o desempenho depende de todos define o trabalho em equipe. Nos hospitais, os serviços realizados são complementares, caracterizando a continuidade dos processos. Assim, diversos profissionais devem trabalhar em equipe para atender às necessidades dos pacientes. (PEDUZZI, 2009).

A representação da enfermagem por diversos profissionais e a fragmentação de suas funções nas categorias auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro, e a interdependência para a realização das atividades substancia o trabalho em equipe. Esse infere diretamente, na segurança do paciente, com relatos de EA em ocasiões de sobrecarga de trabalho. (BERGAMIM; PRADO, 2013).

A partir dos dados apresentados, é observável que no hospital privado pode existir respeito e apoio por parte dos profissionais em suas unidades de trabalho quando há muito trabalho a ser feito. Corroborando a estudo asiático, que converge à concordância dos profissionais, inferindo que estes sentem-se respeitados no seu local de trabalho, tornando-os mais propensos a cooperar com seus colegas para melhor conclusão do serviço. (AL-MANDHARI; AL-ZAKWANI; AL-KINDI et al., 2014).

Dessa forma, apesar de apenas o hospital privado expressar escore geral para essa dimensão com respostas positivas, a análise individual das questões que compõem a dimensão reflete escores de respostas positivas consideradas fortalecidos nos três hospitais.

Não obstante, a dimensão **trabalho em equipe entre as unidades** se apresentou limitante nas três instituições avaliadas ( $p < 0,001$ ), com percentuais de respostas positivas, caracterizando fragilidade nos hospitais federal e estadual, e neutra no hospital privado. Resultado semelhante foi observado em estudo entre médicos e enfermagem em hospitais públicos e privados. (ARRIETA; SUÀREZ; HAKIM, 2017).

Na identificação dos itens com maior fragilidade nesta dimensão, os resultados foram expressivos no hospital federal, com menor percentual de respostas positivas entre os médicos residentes; apontando que muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital. Este resultado demonstra a relevância desta investigação, dado que a residência é uma fase de formação dos profissionais e, integrado à uma cultura de segurança favorável, fortalece o desenvolvimento dos saberes atrelados ao trabalho assistencial alicerçados no conhecimento científico. (OLIVEIRA; SILVA; SANTOS et al., 2017). Ademais, o médico residente se relaciona, cotidianamente, com profissionais de diversos serviços hospitalares.

No que concerne à enfermagem, os itens fortalecidos nesta dimensão foram identificados entre os achados da pesquisa na avaliação do hospital privado, com boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar juntas, e trabalho em conjunto para prestar o melhor atendimento aos pacientes. A avaliação desta dimensão em pesquisa, realizada no sul do Brasil com 437 profissionais da enfermagem, também revelou a concordância do item “as unidades trabalham bem em conjunto para prestar o melhor atendimento”. (COSTA; RAMOS; GABRIEL et al., 2018).

Contrariamente, no hospital federal, os escores de respostas positivas expressaram fragilidade em todos os itens desta dimensão, na avaliação da enfermagem. Dados similares foram identificados em estudo brasileiro (REIS, 2013) expressando o **trabalho em equipe entre as unidades** como uma das dimensões mais problemáticas.

Como estratégia para melhorar a comunicação e o trabalho em equipe, são apontados treinamentos com o objetivo de reduzir o nível de autoridade, por meio de dinâmicas que facilitam a interação entre os profissionais, inclusive de unidades diferentes. (COSTA; RAMOS; GABRIEL et al., 2018).

Os resultados desta pesquisa mostram que duas dimensões da cultura de segurança do paciente apresentaram escores mais elevados de respostas positivas, **expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança**, e **aprendizado organizacional - melhoria contínua** nos três hospitais ( $p < 0,001$ ), identificadas como áreas neutras, com percentual de respostas positivas superior à 51% e inferior à 74%, como preconizado pela AHRQ. (AHRQ, 2017).

O hospital privado foi caracterizado com escores mais elevados de respostas positivas nestas dimensões. Este resultado pode ser interpretado em decorrência da instituição pesquisada prover recursos a fim de aumentar a competitividade no mercado, que possui consumidores cada vez mais exigentes e ávidos por qualidade e preços justos, devendo a instituição buscar formas de evolução de acordo com as necessidades do meio onde estão inseridos. Assim, resultando em impacto econômico-financeiros, com objetivo de diminuir gastos relacionados aos incidentes com pacientes.

Respostas fortalecidas na dimensão **expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança** foram expressas pela enfermagem nos hospitais público estadual e privado. Foram identificadas na avaliação da resposta ao trabalho em situações de pressão preservando as etapas que promovem a segurança do paciente, e a avaliação da atenção dispensada pelo supervisor/chefe aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.

Considerando que uma relação positiva entre os profissionais de enfermagem e a chefia é fator de proteção a erros, também é importante para que haja o empoderamento desses, contribuindo para o baixo nível de *burnout*, rotatividade e

melhor satisfação profissional no trabalho, favorecendo a qualidade e segurança no cuidado aos pacientes. (WONG; LASCHINGER, 2015).

A dimensão **abertura da comunicação** considera o nível da unidade de trabalho do profissional. Nesta, a proximidade de resultados entre os três hospitais revela limitante a dimensão, com respostas negativas/neutras indicadas ( $p < 0,023$ ). Porém, o hospital privado novamente expressou escores discretamente mais elevados de respostas positivas, apesar de ainda assim não fortalecer a dimensão.

Na análise da **abertura da comunicação** considera-se o modelo de gestão conduzido pela instituição, que operacionaliza as práticas gerenciais nas organizações. A gestão que atribui métodos e estratégias tradicionais, decorrentes da teoria clássica da administração, continua fortemente presente nas instituições de saúde. Demonstrações recentes indicam a falta de profissionais preparados para atuar como gestores nos serviços de saúde do Brasil. Inclui-se a partir da formação fragilizada para a gestão, a alta rotatividade dos gestores e a dificuldade em atuar em modelos de gestão diferentes do tradicional. Estudo identificou problemas de gestão em saúde nos serviços públicos e privados do Brasil, com maiores perspectivas de mudanças no serviço privado; e considerou que a gestão participativa envolve os profissionais e incentiva a resolução de problemas, com impacto positivo inclusive à segurança do paciente. (LORENZETTI; LANZONI; ASSUITI et al, 2014).

Nesta dimensão os resultados apontam maiores escores de respostas positivas à liberdade para dizer algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente, com valores próximos nos três hospitais. Os médicos residentes expressaram os menores escores de respostas positivas em todos os itens da dimensão.

Ainda com enfoque na gestão, a enfermagem constitui a única profissão da saúde que contém em seu currículo de formação profissional, a disciplina de administração com atividades práticas. Apesar da evidente dificuldade em dispor de instrumentos gerenciais na prática e participação não significativa de enfermeiros nos cargos de gestão macro em saúde no Brasil, conforme demonstra estudo. (ALMEIDA; SEGUI; MAFTUM et al., 2011). Contudo, essa característica favorece a assistência de enfermagem também no contexto cirúrgico, fortalecida por ferramentas de gestão padronizadas para coordenação do cuidado entre os profissionais. Também revela a necessidade de desenvolvimento neste aspecto, para contribuir para melhor percepção da cultura de segurança entre essa categoria profissional.

Ampliando-se a análise das dimensões relacionadas ao nível da unidade, posto que o modelo de gestão contribui na investigação dos itens, considera-se que a comunicação aberta e clara é atribuída à cultura de segurança positiva. Compreender o processo de comunicação em uma instituição contribui para a gestão dos processos, assim a comunicação deve ser estratégica e sua gestão deve-se estender ao cenário multidisciplinar. A privação de clareza e honestidade entre os indivíduos envolvidos resulta em entendimento impreciso e maior exposição ao erro. (KUNSCH, 2016).

A dimensão **retorno da informação e comunicação sobre o erro** revelou-se frágil nas três instituições ( $p < 0,010$ ). Diversamente, nesta dimensão o hospital estadual expressou maior escore de respostas positivas. No que refere à informação sobre os erros, maiores escores de respostas positivas foram identificados no hospital estadual. Ao item que refere a informação sobre mudanças implementadas a partir de relatório de eventos, os escores mais baixos de respostas positivas foram expressos no hospital federal.

Em relação à discussão de meios de prevenir erros para que não aconteçam novamente, o hospital privado expressou menor percentual de respostas positivas entre as categorias. Resultado que contrapõe os achados em estudos semelhantes (ARRIETA; SUÁREZ; HAKIM, 2017; ANDRADE; LOPES; SOUZA FILHO et al., 2018), com maior percentual de respostas positivas apresentados nos hospitais privados.

A informação sobre os erros ocorridos nas unidades foi caracterizada como questão fortalecida na perspectiva da enfermagem do hospital privado. Nos demais serviços, apresentou-se como item neutro, corroborando a estudo internacional e nacional, com necessidade de melhoria para esta questão evidenciada por profissionais de enfermagem da Jordânia (SALEH; DARAWAD; AL-HUSSAMI, 2015) e no sul do Brasil (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

A enfermagem foi a categoria profissional com maior percentual de respostas positivas na análise da dimensão **frequência de relatos de eventos** nos três hospitais.

Ao analisar as respostas das questões da dimensão **adequação de profissionais** nota-se que, diante da percepção dos participantes, nas três instituições não há profissionais suficientes para dar conta do trabalho. A enfermagem apresentou escores baixos de respostas positivas para este item em todos os cenários avaliados. Difere de resultado identificado no nordeste do Brasil, com percentuais próximos a 70% de respostas positivas em hospital privado. (ANDRADE; LOPES;

SOUZA FILHO et al., 2018). Consistente a pesquisas anteriores sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem, esta é uma área que demanda avanço em todo o mundo (ALAHMADI, 2010; EL-JARDALI; SHEIKH; GARCIA et al., 2014). Nos hospitais da Jordânia (KHATER; AKHU-ZAHEYA; AL-MAHASNEH et al., 2015) e da China (NIE; MAO; CUI et al., 2013) os resultados mostram não haver pessoal suficiente para lidar com a carga de trabalho, haver pressão para trabalhar em situação de crise, operando rapidamente e pulando etapas fundamentais à segurança do paciente. Tendências relativas foram identificadas em hospitais dos Estados Unidos da América e Japão (FUJITA; SETO; KITAZAWA et al., 2013).

Dimensionar o quantitativo de pessoal de enfermagem direciona a quantidade de trabalhadores requeridos para suprir as necessidades de assistência prestada de maneira direta e indireta. Esse processo fundamenta o quantitativo de profissionais afim de fornecer uma assistência de acordo com a necessidade dos serviços de saúde e paciente, valorizando a segurança. Estabelecer metodologias que fundamentam o quantitativo de pessoal de acordo com a necessidade do perfil dos pacientes na área de atuação é medida fundamental para garantir o processo de dimensionamento de enfermagem. (FUGULIN; GAIDIZINSKI; LIMA, 2016).

No contexto cirúrgico, a assistência ao paciente é específica, permeada por riscos inerente aos procedimentos invasivos; e manter o quantitativo estabelecido de profissionais da enfermagem qualifica o cuidado. (MORENO; CARVALHO; PORFIRIO, 2014). Assim, é indispensável a gestão racional de recursos humanos em enfermagem na prevenção de erros cirúrgicos que podem impactar a segurança do paciente.

Os menores percentuais de respostas positivas foram identificados na dimensão **resposta não punitiva ao erro**. Esta dimensão obteve percentuais de respostas positivas inferiores a 50% em todos os seus itens componentes, e nos três cenários estudados ( $p=0,029$ ). O menor percentual da dimensão foi identificado no hospital privado, os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles. Este dado é corroborado com estudos nacionais (CRUZ; ROCHA; MAURICIO et al., 2018; NETTO; SEVERINO, 2016; ANDRADE; LOPES; SOUZA FILHO et al., 2018) e internacionais (HEFNER; HILLIGOSS; KNUPP et al., 2017; WANG; LIU, YOU et al., 2014; ARRIETA; SUAREZ; HAKIM, 2017; ZHAO; LIU; WANG et al., 2017; CASTANEDA-HIDALGO; GARZA; SALINAS et al., 2013; EIRAS; ESCOVAL; GRILLO et al., 2014). Diversamente, no Irã, em estudo realizado

com 300 profissionais de saúde, a resposta não punitiva ao erro configurou-se como dimensão com maiores percentuais de respostas positivas. (EBRAHIMZADEH; SARAVANI; SOLTANI et al., 2017). A característica de presunção de inocência presente em alguns países ocidentais, supõe uma cultura justa nas instituições de saúde, fortalecendo o enfrentamento diante do erro, refletindo aspectos positivos à segurança do paciente.

É possível considerar, à luz das respostas, que a cultura de segurança nos hospitais participantes exhibe cultura punitiva frente aos erros, e incita a necessidade de solidificar estratégias para a reversão dessa percepção e, conseqüentemente, o fortalecimento da cultura de segurança neste importante aspecto.

A cultura punitiva desencoraja a equipe a reportar os erros, dificulta o entendimento de possíveis causas e impede a aprendizagem a partir dos erros. Na cultura fortalecida, os profissionais se sentem confortáveis para comunicar riscos potenciais ou os erros, sem medo de censura por parte dos gestores. A maior parte dos EA resultam de múltiplas causas, muitas vezes não intencionais. A mudança desse atual paradigma configura a “cultura justa” como forma de mudar o foco na culpa no processo de cuidado. A literatura aponta que a cultura justa não é imposta, mas resulta do desdobramento natural dos processos assistenciais. E, esta compreende profissionais competentes que cometem erros e, a partir de então, surgem as melhorias e revisão de processos, a fim de tornar a assistência cada vez mais segura. (WATCHER, 2013).

A **percepção geral da segurança do paciente** revelou-se como dimensão fragilizada nos três hospitais estudados, com menores percentuais de respostas positivas no hospital privado. Este resultado contrapõe ao identificado em estudos semelhantes nacionais (ANDRADE; LOPES; SOUZA FILHO et al., 2018), e internacionais (ARRIETA; SUÁREZ; HAKIM, 2017), cujas respostas positivas foram mais prevalentes no hospital privado, quando comparado aos demais.

Esta dimensão avalia o grau em que os erros são relatados para erros detectados antes de afetar o paciente, erros sem a possibilidade de causar danos ao paciente, e erros que poderiam, mas não prejudicam o paciente. (AHRQ, 2017). A enfermagem representou a categoria profissional com maior percentual de respostas positivas da dimensão, quando questionados sobre a adequação dos procedimentos e sistemas para a prevenção de erros. A enfermagem demonstrou a característica de olhar para os riscos e erros, e ajudar a projetar sistemas mais seguros. O



reconhecimento de problemas de segurança do paciente na unidade de saúde subsidia a execução de melhorias nesta área, com resolução após a análise das causas. A análise de causa raiz é um modelo de enfrentamento do erro nos serviços de saúde e presente no movimento moderno de condução da segurança do paciente, contrapondo-se o apontamento das falhas. (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Quando os profissionais foram questionados sobre a adequação dos procedimentos e sistemas para prevenir a ocorrência de erros, no hospital privado foi identificada a menor porcentagem de respostas positivas comparado aos demais hospitais avaliados. De fato, a julgar os padrões modernos da segurança do paciente, a utilização de ferramentas informatizadas é estratégia de promoção da qualidade. Assim, o uso e a articulação de tecnologias nos serviços de saúde têm grande colaboração para a segurança do cuidado, conforme demonstrou revisão bibliométrica. (GOMES; ASSIS; FERREIRA et al., 2017). No contexto cirúrgico, dentre as situações que expõem o paciente a erros, destacam-se as falhas em equipamentos de anestesia e o uso de novas tecnologias com pouco conhecimento da equipe. (HENRIQUES; COSTA; LACERDA, 2016).

Em relação ao item “a segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída”, os residentes médicos expressaram o mais baixo escore de respostas positivas da dimensão. Fato que, corroborado à pesquisa no tema, associa a sobrecarga de trabalho e o estresse à dupla atividade de assistência e ensino vivenciada pelos residentes. Reforçando, deste modo, a vulnerabilidade ao desenvolvimento de *burnout*, depressão e ideação suicida, resultando em maior exposição à erros associados à assistência entre médicos residentes do serviço de anesthesiologia. (OLIVEIRA; CHANG; FITZGERALD et al., 2013).

Uma revisão sistemática realizada em 2015 evidenciou melhoria da qualidade de vida e da fadiga dos médicos residentes, no entanto restrição de horas de serviço e supervisão dos residentes foram inconclusivas para o favorecimento da segurança do paciente. (HARRIS; STAHELI; LECLERE et.al., 2015). Atribui-se aos erros à incompatibilidade entre o sistema de trabalho e as capacidades e limitações do operador humano; a relação entre o cirurgião e paciente, e o cirurgião e a tecnologia, contribuem para os erros cirúrgicos, resultantes muitas vezes de estresse físico e cognitivo dispensados nesta atuação. (GOMES, 2017).

Os participantes da presente pesquisa avaliaram que as unidades apresentam problemas de segurança do paciente com respostas positivas revelando a neutralidade do item (>50%). Fato este que demonstra que problemas estão presentes nas unidades estudadas, somando-se aos vários itens de cultura de segurança apontados como negativos. (BATISTA, 2018). Melhoria na cultura e nos processos profissionais nos ambientes perioperatórios foi acompanhada por conscientização crescente de que os resultados cirúrgicos são frequentemente determinados por eventos fora da sala de cirurgia, como profilaxia antimicrobiana, para trombose venosa profunda e demarcação de lateralidade correta. (BAINBRIDGE; MARTIN; ARANGO et al., 2012).

Na dimensão **apoio da gestão para a segurança do paciente** foi possível identificar percentual de respostas positivas abaixo de 50% nos três cenários avaliados, com maiores percentuais expressos no hospital privado ( $p < 0,001$ ), e menores no hospital federal. Neste foi identificado menor percentual de respostas positivas entre os médicos assistentes, especificamente. Resultado este que, conforme avaliação anterior no mesmo serviço, manifestou mudança expressiva ao longo do tempo, apesar de persistir frágil. (BATISTA, 2018). Desta forma, especula-se que cultura de segurança do paciente positiva decorre de envolvimento político, estratégico e operacional do hospital, com o envolvimento da gestão do hospital e seus trabalhadores. (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015), e exige ações sistemáticas e tempo para que mudanças ocorram.

A identificação e redução de riscos está associada à transparência, e envolve identificação e comunicação aberta entre todos os níveis da organização. Estudo realizado no sudoeste do Brasil identificou o frágil clima de segurança do paciente entre os profissionais de hospital público, e maior fortalecimento no hospital privado. A busca pela qualidade condiz com o anseio em se manter no mercado competitivo entre os serviços de saúde particulares, e a isso atribui-se clima de segurança mais favorável no hospital privado. (GASPARINO; BAGNE; GASTALDO et al., 2017).

No contexto dos hospitais públicos, a literatura aponta que o desenvolvimento de estratégias que promovam a autonomia dos gestores, cumprimento de contratos, financiamento baseado em desempenho, gerenciamento de recursos humanos flexível e um ambiente de informação consistente favorecem a melhoria da qualidade e a eficiência destes serviços. Diversas ações são necessárias ao fortalecimento da qualidade dos serviços hospitalares, e ocorrem sob a liderança da direção do hospital.

Entre elas, a implantação de programas de melhoria contínua de qualidade com avaliações de desempenho, valorização do trabalho em equipe, uso de tecnologias da informação, integração da evidência com a prática, apropriação de diretrizes clínicas e coordenação do atendimento nos hospitais e entre seus provedores. (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Na presente pesquisa, quando avaliado o clima de trabalho promovido pela direção do hospital, os maiores escores de respostas positivas foram identificados no hospital estadual, a partir das respostas dos médicos residentes. Já o menor percentual de respostas positivas foi identificado entre os médicos assistenciais do hospital federal.

Os resultados apresentados e discutidos se referem à opinião dos participantes deste estudo, assim majoritariamente caracterizados: mulheres com formação universitária e especialização, com tempo de trabalho entre um a cinco anos, jornada de trabalho entre 20 e 40 horas semanais; com contato direto com paciente e pertencentes às equipes de enfermagem e médica.

Observa-se, por meio do teste para comparar os participantes de cada hospital por meio das características sociolaborais, haver diferença ( $P, 0,05$ ) no grau de instrução, tempo de atuação, jornada de trabalho, bem como no cargo/função exercida. Esse fato pode ser uma limitação da pesquisa pois, potencialmente, influencia na percepção sobre a segurança do paciente.

## 6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa possibilitou identificar as áreas com potencial de melhoria para a assistência segura através da investigação das 12 dimensões da cultura de segurança do instrumento HSOPSC em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino, com diferentes tipos de administração. Houve diferença quanto às percepções avaliadas nos três hospitais. Reconhecer os desafios à melhoria da segurança do paciente norteia a aplicação de protocolos e direciona o trabalho com registro aos cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

O destaque à fragilidade identificada nos hospitais foi atribuído à dimensão **resposta não punitiva ao erro**, com baixos escores de respostas positivas nos três hospitais avaliados e entre os profissionais participantes. Destaca-se, contudo, a "cultura justa", associada à punição, como barreira fundamental do estudo para o fortalecimento da cultura de segurança, conforme a percepção dos profissionais participantes.

O **trabalho em equipe dentro das unidades** foi a única área fortalecida identificada e no hospital privado. Dentre os hospitais, o privado apresentou, majoritariamente, escores positivos mais elevado nas dimensões e, em contraposição, o maior percentual de respostas negativas do estudo na dimensão **respostas não punitivas ao erro**.

No tocante à avaliação da cultura de segurança por categoria profissional, as dimensões **trabalho em equipe dentro das unidades**, **expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança**, e **aprendizado organizacional - melhoria contínua** foram identificadas como fortalecidas entre a enfermagem apenas. Os menores escores de respostas positivas foram expressos pelos médicos residentes, na avaliação das dimensões **respostas não punitivas ao erro** e **trabalho em equipe entre as unidades**. Em relação aos médicos assistentes, escores mais baixos de respostas positivas em relação às demais categorias avaliadas foram identificadas na avaliação das dimensões **expectativas sobre seu supervisor/chefe e ações promotoras de segurança**, **apoio da gestão para a segurança do paciente** e **percepção geral da segurança do paciente**.

As dimensões da cultura de segurança avaliadas entre os hospitais e as categorias profissionais, com taxas de respostas positivas inferior ao estabelecido para uma cultura positiva, são desafios às instituições avaliadas no contexto cirúrgico.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da presente pesquisa é possível considerar a necessidade de constituir ações que promovam uma cultura de segurança positiva em unidades cirúrgicas, consoante às categorias profissionais. À luz da atuação em saúde, considerar a formação profissional como princípio do entendimento da segurança do paciente fomenta a importância dessa temática. Por se tratarem de hospitais de ensino certificados, a disseminação da prática segura, ou não, potencialmente influencia a formação e futura atuação dos profissionais.

Em relação às diferentes gestões administrativas, a importância atribuída à destinação de recursos e ações capazes de promover a redução de gastos relacionados aos incidentes com pacientes favorece a cultura de segurança institucional; os hospitais particulares possuem este perfil.

Sugere-se, a partir dos resultados, ações com potencial a impactar positivamente a cultura de segurança nas unidades cirúrgicas:

- Apresentar os resultados positivos e negativos em relação às atitudes de profissionais em formação quanto à segurança do paciente, favorecendo a estruturação prática que valorize esta temática e reconheça o impacto à qualidade assistencial.
- Incentivar a aplicação econômico-financeira em ações que favoreçam a prevenção de incidentes com os pacientes.
- Disseminar a intenção não punitiva frente aos erros não intencionais cometidos por profissionais durante a atuação perioperatória ao paciente.
- Informar a equipe de profissionais médicos, residentes e enfermagem quanto ao impacto da assistência segura ao paciente cirúrgico e a importância da adesão às práticas institucionais.
- Valorizar o trabalho em equipe dentro da unidade como fortaleza à assistência segura através da disseminação dos resultados da presente pesquisa.

## REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Content last updated. Rockville, MD. 2017. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Hospital survey on patient safety culture**. Content last updated. Rockville, MD, 2016. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. (ANVISA). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. (ANVISA). **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviço de Saúde. Brasília (DF), 2017. Disponível em: <[goo.gl/rxtz8H](http://goo.gl/rxtz8H)>. Acesso em: 22 set. 2017.

ALAHMADI, H.A. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. **Quality and Safety in Health Care**, Toronto, v.19, p:1–5, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20430929>>. Acesso em 13 set. 2017.

AL-MANDHARI, A; AL-ZAKWANI, I; AL-KINDI, M et al. Patient safety culture assessment in Oman. **Oman Med J**, Omã, v.29, p:264–70, 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/265173994\\_Patient\\_Safety\\_Culture\\_Assessment\\_in\\_Oman](https://www.researchgate.net/publication/265173994_Patient_Safety_Culture_Assessment_in_Oman)>. Acesso em: 02 nov. 2018

ALMEIDA, M.L; SEGUI, M.L.H; MAFTUM, M.A; LABRONICI, L.M; PERES, A.M. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.esp, p:131-7, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea17.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

ANDERSON, S; DAVIS, R; HANNA, G.B; VINCENT, C.A. Surgical adverse events: a systematic review. **Am J Surg**, Birmingham v.206, n.2, p:253-62, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23642651>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

ANDRADE, L.E.L; LOPES, J.M; SOUZA FILHO, M.C.M; VIEIRA JUNIOR, R.F; FARIAS, L.P.C; SANTOS, C.C.M., et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 161-172, 2018. Disponível: <<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>>. Acesso 18 set. 2018.

ARRIETA, A; SUÁREZ, G; HAKIM, G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v.30, n.3, p.1-6, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx165>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

BAINBRIDGE D, MARTIN J, ARANGO M, CHENG. Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, Londres, v.380, p:1075-1081. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22998717>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

BATISTA, J. **Avaliação da cultura de segurança e ocorrência de EAs cirúrgicos em diferentes naturezas administrativas da gestão pública**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Setor Ciências da Saúde, Curitiba, 2018.

BERGAMIM, M.D; PRADO, C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Rev. bras. enferm**, Brasília, 2013, v.66, n.1, p.134-137. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000100021&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000100021&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 529 de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 529, 02 abr. 2013a; seção 1, p.43.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul 2013b. Disponível: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso: 03 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial 285 de 24 de março de 2015. **Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 285, 25 mar. 2015; seção 1, p.31-33.

BRENNAN, T. A; LEAPE, L. L; LAIRD, N. M; HEBERT, L; LOCALIO, A. R; LAWTHERS, A. G. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. **New England journal of medicine**, Massachusetts, v. 324, n. 6, p. 370-376, 1991. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>. Acesso em: 09 nov 2018.

CARVALHO, P.A; GÖTTEMS, L.B.D; PIRES, M.R.G.M; OLIVEIRA, M.L.C. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n.6, p.1041-8, 2015.

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/108014/106343>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

CASTANEDA-HIDALGO, H; GARZA, R.H; SALINAS, J.F.G; ZUNIGA, M.P; PORRAS, G; AGUILERA, A.A.P. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. **Cienc. enferm**, Conceição, v.19, n.2, p.77-88, 2013. Disponível em: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 15 nov. 2018.

CAUDURU, F.L.F; SARQUIS, L.M; SARQUIS, L.M.M; CRUZ, E.D.A. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.20, n.1, p:129-38, 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/36645/24859>>. Acesso em 03 dez. 2018.

COLLA, J.B; BRACKEN, A.C; KINNEY, L.M; WEEKS, W. B. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, 14(5): 364–366, 2005. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/14/5/364>>. Acesso em: 11 out. 2018.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (CHC). **HC em números**. 2017. Disponível: <<http://www.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/hcnumeros>>. Acesso: 21 out 2018.

CORREGGIO, T.C; AMANTE, L.N; BARBOSA, S.F.F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.67-73, 2014. Disponível: <[http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site\\_sobecc\\_v19n2/02\\_sobecc\\_v19n2.pdf](http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/02_sobecc_v19n2.pdf)>. Acesso: 03 nov. 2018.

COSTA, D.B; RAMOS, D; GABRIEL, C.S; BERNARDES, A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, vol.27, n.3, e2670016, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 nov. 2018.

CRUZ, E.D.A; ROCHA, D.J.M; MAURICIO, A.B; ULBRICH, F.S; BATISTA, J; MAZIERO, E.C.S. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enferm**, v.23, n.1: e50717, 2018. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>>. Acesso: 03 nov. 2018.

DUARTE, S.C.M; QUEIROZ, A.B.A; BUSCHER, A; STIPP, M.A.C. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.6, p:1074-81, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt\\_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf)>. Acesso em: 04 out. 2018.



EBRAHIMZADEH, N; SARAVANI, S; SOLTANI, A; BAZZI, M. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Iran. **J. Pharm. Sci. & Res**, Teerã, v.9, n.10, p:1765-1767, 2017. Disponível em: <<https://www.jpsr.pharmainfo.in/~ijcsitco/pharmainfo/jpsr/Documents/Volumes/vol9Issue10/jpsr09101724.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2018.

EIRAS, M; ESCOVAL, A; GRILLO, I.M et al. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: instrument validity and reliability. **Int J Health Care Qual Assur**, Bingley, v.27, p:111–22, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24745137>. Acesso em: 03 nov. 2018.

EL-JARDALI, F; SHEIKH, F; GARCIA, A.N; JAMAL, D; ABDO, A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC Health Ser Res**, Nova Iorque, v.14, p:122, 2014. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-122>>. Acesso em 03 nov. 2018.

ETCHECAGARAY, J.M; THOMAS, E.J. Comparing two safety culture surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. **BMJ Qual Saf**, Boston, v21, n.6, p. 490-498, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22495098>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

EUROPEAN NETWORK FOR PATIENT SAFETY (EUNetPaS). **Patient Safety Culture Instruments used in Member States – Work Package 1 Promoting Patient Safety Culture**. Dinamarca, 2010. Disponível em: <<http://www.vaspt.gov.it/files/files/eunetpas-catalogue-use-of-psci-in-ms-april-13-2010.pdf>>. Acesso em 09 nov. 2018.

FELDMAN, L.B; GATTO, M.A.F; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 18, n.2, p. 2013-2019, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 nov. 2018.

FUJITA, S; SETO, K; KITAZAWA, T et al. Characteristics of unit-level patient safety culture in hospitals in Japan: a cross-sectional study. **BMC Health Serv Res**, Nova Iorque, v.14, p508-12, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25331249>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

FUGULIN, F.M.T; GAIDZINSKI, R.R; LIMA, A.F.C. **Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde**. In: Kurcgant P. Gerenciamento em Enfermagem. 3ª Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016

GANDHI, T.K; BERWICK, D.M; SHOJANIA, K.G. Patient safety at the crossroads. **JAMA**, Boston, v.315, n.17, p.1829-30, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27139052>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

GASPARINO, R.C; BAGNE, B.M; GASTALDO, L.S; DINI, A.P. Percepção da enfermagem quanto ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e

privadas. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.38, n.3, e68240, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v38n3/0102-6933-rngenf-38-3-e68240.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

GEORGE, D; MALLERY, P. **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)**. Boston: Allyn & Bacon. 2003. Disponível em: <<http://goo.gl/J68tQm>>. Acesso em: 22 out 2018.

GIMENEZ-MARIN, A; RUIZ-RIVAS, F; GARCIA-RAJA, A.M; et al. Assessment of patient safety culture in clinical laboratories in the Spanish National Health System. **Biochem Med**, Zagrebe, v. 25, n.3, p.363-376. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4622184/>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

GOMES, T.R. **O erro médico sob o olhar do judiciário: uma análise das decisões do tribunal de justiça do distrito federal e territórios**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/22983>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

GOMES, A.T.L; ASSIS, Y.M.S; FERREIRA, L.L; BEZERRIL, M.S; CHIAVONE, F.B.T; SANTOS, V.E.P. Tecnologias aplicadas à segurança do paciente: uma revisão bibliométrica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.7, e1473, 2017. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/1473/1719>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

GOMES, A.T.L; SILVA, M.F; MORAIS, S.H.M; CHIAVONE, F.B.T; MEDEIROS, S.M; SANTOS, V.E.P.S. Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “queijo suíço”: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n. 4, p:3646-52, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>>. Acesso em 04 nov. 2018.

GULDENMUND, F. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, Nicósia, v. 34, n3, p.215-257, 2000. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092575350000014X>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

HALFON, P; STAINES, A; BURNAND, B. Adverse events related to hospital care: a retrospective medical records review in a Swiss hospital. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v.29, n.4, p:527-533, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28586414>>. Acesso em 13 dez. 2018.

HALL, L.H; JOHNSON, J; WATT, I; TSIPA, A; O'CONNOR, D. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. **PLoS One**, São Francisco, v. 11, n.7, e0159015, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4938539/>>. Acesso em: 06 dez. 2017.

HARRIS JD, STAHELI G, LECLERE L, ANDERSON D, MCCORMICK F. What Effects Have Resident Work-hour Changes Had on Education, Quality of Life, and Safety? A Systematic Review. **Clinical Orthopaedics and Related Research**,

Seattle, v. 473, n. 5, p:1600–1608, 2015. Disponível em:  
<[https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2014/06000/A\\_Systematic\\_Review\\_of\\_the\\_Effects\\_of\\_Resident.3.aspx](https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2014/06000/A_Systematic_Review_of_the_Effects_of_Resident.3.aspx)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

HANDLER, S.M; CASTLE, N.G; STUDENTSKI, S.A; PERERA, S. FRIDSMA, D.B; NADE, D,A *et al*. Patient safety culture assessment in the nursing home. **Qual Saf Care**, Londres, v. 15, p.400-404, 2006. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17142586>>. Acesso em 19 nov. 2018.

HEALY, M. A; MULLARD, A. J; CAMPBELL JR, D. A; DIMICK, J. B. Hospital and Payer Costs Associated with Surgical Complications. **JAMA Surgery**, Massachusetts, v. 151, n.9, p:823-830, 2016. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27168356>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

HEFNER JL, HILLIGOSS B, KNUPP A ET AL. Cultural transformation after implementation of a crew resource management: is it really possible? **Am J Med Qual**, Tucson, v32, p384–90, 2017. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27422314>>. Acesso em: 04 set. 2018.

HENRIQUES, A.H.B; COSTA, S.S; LACERDA, J.S. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v21, n.4, p:01-09, 2016. Disponível em:<  
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45622>>. Acesso em 21 nov. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: building a safer health system. **National Academies Press**, Washington, 2000. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225174/>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals**. 5. ed. Oakbrook Terrace: 2013. Disponível em: <[https://www.jcrinc.com/assets/1/14/JCIH14\\_Sample\\_Pages.pdf](https://www.jcrinc.com/assets/1/14/JCIH14_Sample_Pages.pdf)>. Acesso em 13/11/2018.

KEERS, R.N.N; WILLIAMS, S.D; COOKE, J; ASHCROFT. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. **Drug. Saf**, Auckland, v. 36, p.1045-67, 2013. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23975331>>. Acesso em: 04 set. 2018.

KIAEI, M.Z; ZIAEE, A; MOHEBBIFAR, R *et al*. Patient safety culture in teaching hospitals in Iran: assessment by the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). **J Health Man Info**, Isfahan, v.3, p:51–6, 2016. Disponível em: <  
[http://applications.emro.who.int/imemrf/J\\_Health\\_Manag\\_Inform/J\\_Health\\_Manag\\_Inform\\_2016\\_3\\_2\\_51\\_56.pdf](http://applications.emro.who.int/imemrf/J_Health_Manag_Inform/J_Health_Manag_Inform_2016_3_2_51_56.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2018.

KHATER, W.A; AKHU-ZAHEYA, L.M; AL-MAHASNEH, S.I; KHATER R. Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. **Int Nurs Rev**, Oxford, v.62, n. 1, p.82–91, 2015. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25439981>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

KUNSCH, M. M. K. **Comunicação organizacional estratégica: aportes conceituais e aplicados**. São Paulo: Summus, 2016.

LA FORGIA GM; COUTTOLENC BF. **Desempenho hospitalar no Brasil: Em busca da excelência**. São Paulo: The World Bank, Instituto Brasileiro para o desenvolvimento do setor Saúde/IBEDESS, Editora Singular, 2009.

LORENZETTI, J; LANZONI, G.M.M; ASSUITI, L.F.C; PIRES, D.E.P; RAMOS, F.R.S. gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.23, n.2, p:417-25, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt\\_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf)>. Acesso: em 13 nov. 2018.

MACRI, S.; GOLONI-BERTOLLO, E. M.; PAVARINO-BERTELLI, E. C.; ABBUD FILHO, M. Avaliação e características do erro médico na região de São José do Rio Preto. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v.11, n.1, p.13-16, 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=402391&indexSearch=ID>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

MAKARY, M.A; SEXTON, J.B; FREISCHLAG, J.A; MILLMAN, E.A; PRYOR, D; HOLZMUELLER, C; PRONOVOST, P.J. Patient safety in surgery. **Ann Surg**, Boston, v.243, n.5, p:628-32, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1570547/>>. Acesso em 25 nov. 2018.

MARINHO, M.M; RADÜNZ, V; BARBOSA, S.F.F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000300581&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300581&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MINUZZI, A.P; SALUM, N.C; LOCKS, M.O.H. assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v.25, n.2, e1610015, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 nov. 2018.

MORENO, N.T.B; CARVALHO, R; PORFÍRIO, R.B.M. Dimensionamento de pessoal em Centro Cirúrgico Ortopédico: real x ideal. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.19, n.1, p: 51-57, 2014. Disponível em: <[http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site\\_sobecc\\_v19n1/08\\_sobecc\\_v19n1.pdf](http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n1/08_sobecc_v19n1.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2018.

MOURA, M.L.O; MENDES, W. Avaliação de EAs cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 15, n.3, p.523-35, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300007)>. Acesso em: 24 nov. 2017.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (NPSA) **Seven steps to patient safety:** The full reference guide. 2004. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59787>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION (NPSF). **History and Timeline.** Boston, 2018. Disponível em: <http://www.npsf.org/?page=historyandtimeline>. Acesso em: 17 out. 2018.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **Safe practices for better healthcare update:** a consensus report. NQF, Washington, 2010. Disponível em: <[https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare\\_%E2%80%93\\_2010\\_Update.aspx](https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx)>. Acesso em 20 nov. 2017.

NETTO, F.C.B; SEVERINO, F.G. Results of a safety culture survey in a teaching public hospital in Ceará. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.29, n.3, p.334-341, 2016. Available:< [http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5230/pdf\\_1](http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5230/pdf_1)>. Acess: 3 nov. 2018.

NIE, Y; MAO, X; CUI, H; HE, S; LI, J; ZHANG, M. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Serv. Res**, Nova Iorque, v.13, p.228, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/228>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

OLIVEIRA, G.S.J; CHANG, R; FITZGERALD, P.C; ALMEIDA, M.D; CASTRO-ALVES, L.S; AHMAD, S; MCCARTHY, R.J. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. **Anesth Analg**, Birmingham, v.117, n.1, p:182-93, 2013. Disponível em: <[https://www.aagbi.org/sites/default/files/Anesthesia%20%26%20Analgesia%202013%20de%20Oliveira%20Jr\\_0.pdf](https://www.aagbi.org/sites/default/files/Anesthesia%20%26%20Analgesia%202013%20de%20Oliveira%20Jr_0.pdf)>. Acesso em 20 nov. 2018.

OLIVEIRA, J.L.C; SILVA, S.V; SANTOS, P.R; MATSUDA, L.M; TONINI, N.S; NICOLA, A.L. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. **Einstein**, São Paulo, v. 15, n.1, p.50-7, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n1/pt\\_1679-4508-eins-15-01-0050.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n1/pt_1679-4508-eins-15-01-0050.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2019.

OLIVEIRA, M.C.B; KORB, A; ZOCHE, D.A.A; BEZERRA, D.C; PERTILLE, F; FRIGO, J. Adesão do checklist cirúrgico à luz da cultura de segurança do paciente. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.23, n.1, p:36-42. 2018. Disponível em: <[http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882693/sobecc-v23n1\\_pt\\_36-42.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882693/sobecc-v23n1_pt_36-42.pdf)>. Acesso em: 02 dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente.** Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_salvam\\_vidas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

PAESE, F; SASSO, G.T.M.D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-10, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>>. Acesso em: 27 set. 2019.

PANCIERI, A.P; CARVALHO, R; BRAGA, E.M. Aplicação do checklist para cirurgia segura: relato de experiência. **Rev SOBECC**, São Paulo, v.19, n.1, p:26-33, 2014. Disponível em:<  
[http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site\\_sobecc\\_v19n1/05\\_sobecc\\_v19n1.pdf](http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n1/05_sobecc_v19n1.pdf)>. Acesso em 28 nov. 2018.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe**. In: Pereira IB, Lima JC (organizadores) Dicionário da Educação Profissional em saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: EPJV, Fiocruz, 2009.

PEREIRA, B.M.T; PEREIRA, A.M.T; CORREIA, C.S; MARTTOS JR, A.C; FIORELLI, R.K.A; FRAGA, G.P. Interrupções e distrações na sala de cirurgia do trauma: entendendo a ameaça do erro humano. **Rev. Col. Bras. Cir**, Rio de Janeiro, v.38, n.5, p:292-8, 2011. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v38n5/a02v38n5.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre, Editora Artmed, p.669, 2011.

REASON, J. Human error: models and management. **Brit Med J**, London, v. 320, p.768-770, 2000. Disponível em:  
<<http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC1070929/pdf/wjm17200393.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Quem somos**. 2014. Disponível em:  
<http://www.rebraensp.com.br/quemsomos>. Acesso em: 05 dez. 2018.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 203 páginas. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

REIS, C.T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.18, n.7, p.2029-2036, 2013. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 out. 2018.

REIS, C.T; LAGUARDIA, J; VASCONCELOS, A.G.G; MARTINS, M. Confiabilidade e validade da versão brasileira da Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC): um estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 1-13, 2016.

REIS, C.T; PAIVA, S.G; SOUSA, P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v.30, n. 9, p:660-677, 2018. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>

RIGOBELLO, M.C.G; CARVALHO, R.H.E.F.L de; CASSIANI, S.H.D.B; GALON, T, C, H; CARNEIRO, D.N.N. de. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 25, n.5, p.728-735, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apel/v25n5/13.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

ROBIDA A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v.25, p:469–75, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23736832>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

ROCKVILLE, W; SORRA, J; GRAY, L; STREAGLE, S; FAMOLARO, T; YOUNT, N., et al. **AHRQ - Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2016. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2017.

SALEH, A. M; DARAWAD, M. W; AL-HUSSAMI, M. The perception of hospital safety culture and selected outcomes among nurses: An exploratory study. **Nursing & Health Sciences**, Hyderabad, v.17, n.3, p:339–346, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26095303>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

SAMMER, C.E; LYKENS, K; SINGH, K.P; MAINS, D.A; LACKAN, N.A. What is patient safety culture? A review of the literature. **J Nurs Scholarsh**, Indianápolis, v.42, n.2, p. 156-165, 2010. Disponível em: <<https://www.ohiohospitals.org/OHA/media/Images/Patient%20Safety%20and%20Quality/Documents/OPSI/CoS/4.pdf>>. Acesso em: 30. Nov. 2017.

SANTIAGO, T.H.R; TURRINI, R.N.T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.49, p.123-130, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0123.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2017.

SANTOS, G.S.C. A cultura organizacional como forma de controle invisível nas organizações modernas e pós-modernas. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v.17, n.194, p.01-16, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/33267>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

SCHEIN, E.H. **Organizational culture and leadership**. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2010. Disponível em: <[http://www.untag-smd.ac.id/files/Perpustakaan\\_Digital\\_2/ORGANIZATIONAL%20CULTURE%20Orga](http://www.untag-smd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/ORGANIZATIONAL%20CULTURE%20Orga)

nizational%20Culture%20and%20Leadership,%203rd%20Edition.pdf.>. Acesso em: 24 nov. 2017.

SEXTON, J.B; HELMREICH, R.L; NEILANDS, T.B; ROWAN, K; VELLA, K; BOYDEN, J; ROBERTS, PR; THOMAS, E.J. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res**, New York, v.6, n.44, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

SILVA, A.C.A.B; ROSA, D.O.S. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.21, n.esp, p.1-10, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45583>> Acesso em: 12 nov. 2017.

SILVA-BATALHA, E.M.S; MELLEIRO, M.M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepções existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.24, n.2, p: 432-41, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2018.

SORRA, J; NIEVA, V. Hospital survey on patient safety culture: prepared by Westat Rockville, MD, under contract n. 290-96-0004. **AHRQ Publication**, Rockville, v. 4, n. 41, 2004. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

SOUSA, P; MENDES, W. **Segurança do paciente: Criando Organizações de Saúde**. Volume 2. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

STRAUCH, B. **Investigating Human Error: Incidents, Accidents, and Complex Systems**. 2. ed. Virgínia: Routledge, 2017.

TAVARES, A.P.M; MOURA, E.C.C; AVELINO, F.V.S.D; LOPES, V.C.A; NOGUEIRA, L.T. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v.19, e3152, 2018. Acesso em 02 nov. 2018.

TEIXEIRA, T.C; CASSIANI, S.H. Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.27, n.2, p:100-7, 2014. Disponível em: <from:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0100.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

TEREANU, C; SAMPIETRO, G; SARNATARO, F; MAZZOLENI, G; PESENTI, B; SALA, L.C; CECCHETTI, R; ARVATI, M; BRIOSCHI, D; VISCARDI, M; PRATI, C; SALA, G; BARBAGLIO, G.G. Exploring the patient safety culture in preventive medicine settings: an experience from Northern Italy. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, Genova, v. 58, n. 2, p. 121-129, 2017. Disponível em: <<http://www.jpmmh.org/index.php/jpmmh/article/view/603>>. Acesso: 09 set. 2017.

TSCHUDIN-SUTTER, S; PARGGER, H; WIDMER, A. F. Hand hygiene in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, Mount Prospect, v.38, p.299–305, 2010.



VIACAVA, F; UGÁ, M.A; PORTO, S; LAGUARDIA, J; MOREIRA, R.S. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 18 dez. 2017.

WANG, M; TAO, H. How Does Patient Safety Culture in the Surgical Departments Compare to the Rest of the County Hospitals in Xiaogan City of China? **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basiléia. v.14, n.10, 1123, 2017. Available: <<http://www.mdpi.com/1660-4601/14/10/1123/htm>>. Acess: 8 nov. 2018.

WANG, X ; LIU, K; YOU, L.M; XIANG, J.G; HU, H.G; ZHANG, L.F., et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, Amsterdã 51(8): 1114-1122; 2014. Available: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913003854>>. Acess: out. 2018.

WATCHER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WEGNER, W; SILVA, C.S; KANTORSKI, K.J.C; PREDEBON, C.M; SANCHES, M.O; PEDRO, E.N.R. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

WEISER, T. G; HAYNES, A. B. Ten years of the Surgical Safety Checklist. **British Journal of Surgery**, Gloucester, v.5, n.8, p:927–929, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bjs.10907>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

WONG, C; LASCHINGER, H. The influence of frontline manager job strain on burnout, commitment and turnover intention: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, Londres v.52, p.1824–1833, 2015. Disponível em: <>. Acesso em 04 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. Forward programme 2008-2009. 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf)>. Acesso: 10 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety: Making health care safer**. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>>. Acesso em: 10 set. 2017.

ZEESHAN, M.F; DEMBE, A.E; SEIBER, E.E; BO, L. Incidence of adverse events in an integrated US healthcare system: a retrospective observational study of 82,784 surgical hospitalizations. **Patient Saf Surg**, v.8, p:23, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4055940/#B6>>. Acesso em 12 nov. 2018.

ZHAO, P; LI, Y; LI, Z.; JIA, P; ZHANG, L; ZHANG, M. Use of patient safety culture instruments in operating rooms: A systematic literature review. **J. Evid Based Med**, Chengdu, v.10, p. 145-151, 2017.

ZHAO, X; LIU, W; WANG, Y; ZHANG L. Survey and analysis of patient safety culture in a county hospital. **Family Medicine and Community Health**, Pequim v.5, n.4, p.299-310, 2017. Available: <<https://doi.org/10.15212/FMCH.2017.0137>>. Acess: 8 jan 2018.

## ANEXO A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof. Dr<sup>a</sup> Elaine Drehmer de Almeida Cruz, Enf.<sup>a</sup> Ms. Francine Taporosky Alpendre e Enf.<sup>o</sup> Josemar Batista, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você trabalhador da equipe multiprofissional a participar de um estudo intitulado **“Avaliação da cultura de segurança e ocorrência de EAs cirúrgicos em hospitais brasileiros.** Esta pesquisa pretende verificar a percepção dos profissionais que prestam assistência à saúde sobre clima organizacional para segurança do paciente cirúrgico em hospitais de Curitiba (PR) e relacionar com a real ocorrência de EAs, ou seja, danos ocasionados aos pacientes que foram submetidos à cirurgia.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a relação entre cultura de segurança entre os trabalhadores da equipe multiprofissional, EAs ocasionados em pacientes cirúrgicos e a gestão hospitalar.

Caso você participe da pesquisa, será necessário preencher o questionário validado e adaptado transculturalmente para o contexto brasileiro denominado Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) - versão brasileira. Para tanto você deverá preencher mais da metade das perguntas que compõem o questionário.

Considera-se que os riscos deste estudo podem estar relacionados a variável psicológica, caso você apresente algum constrangimento e/ou desconforto no preenchimento das perguntas do questionário. No entanto, se alguma pergunta do instrumento lhe causar desconforto, você poderá desistir do preenchimento do questionário ou não responder à pergunta que lhe causou desconforto.

Os benefícios esperados com essa pesquisa relacionam-se à compreensão dos problemas em relação a cultura de segurança entre os profissionais, elaboração e desenvolvimento de estratégias na prevenção de EAs e gerenciais direcionadas à segurança do paciente. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Os pesquisadores Prof. Dr<sup>a</sup> Elaine Drehmer de Almeida Cruz, Enf.<sup>a</sup> Ms. Francine Taporosky Alpendre e Enf.<sup>o</sup> Josemar Batista, responsáveis por este estudo, poderão ser contatados nos seguintes locais e telefones:

- Pesquisador Responsável: Elaine Drehmer de Almeida Cruz.  
Telefone para contato: (041) 3657-0362 - (041) 98416-8951  
mail: elainedrehmercruz@gmail.com

E-

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE\_\_\_\_\_

- Pesquisador colaborador: Francine Taporosky Alpendre  
Telefone para contato: (041) 3360 -7831 - (041) 99102-1918 E-  
mail: [franalpendre@gmail.com](mailto:franalpendre@gmail.com)
- Pesquisador colaborador: Josemar Batista  
Telefone para contato: (045) 99948-6214 E-  
mail: josemar.batista1701@gmail.com

Endereço para contato dos pesquisadores: Av. Lothario Meissner, 632, bloco didático II, Jardim Botânico, de segunda à sexta-feira, no horário das 08:00 às 16:00 horas, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por especialistas que participaram da discussão para consenso após análise dos casos relativos a EAs. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

---

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

Local e data

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

---

(Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

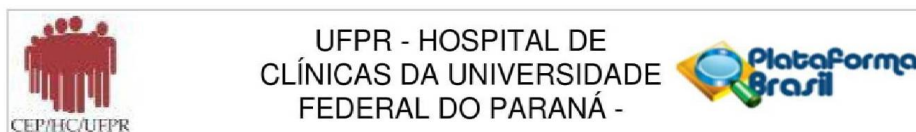
Local e data

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE \_\_\_\_\_

## ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL A



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA E OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS CIRÚRGICOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS

**Pesquisador:** ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 62101216.7.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.990.760

#### Apresentação do Projeto:

Apresentação dos documentos pendentes e correções do projeto de pesquisa sugeridas no parecer número 1.891.184 emitido por este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do estudo permanecem os mesmo, não houve alteração.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi acrescentado pelos pesquisadores o risco relacionado a manipulação do prontuário do paciente:

- Em caso de crime à violação de informações sigilosas que possam acarretar em danos físicos, psíquicos e morais aos pacientes envolvidos, os pesquisadores serão responsáveis em prestar a assistência necessária e estão cientes das penalidades cabíveis, conforme à legislação brasileira. Caso ocorra a perda e/ou extravio de documentos, os órgãos competentes serão comunicados imediatamente para elaboração de novo prontuário, onde será anotado a ocorrência de extravio do anterior, bem como, será avisado o paciente.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores apresentaram uma proposta de estudo relevante para instituições envolvidas:

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



## UFPR - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 1.990.760

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Hospital do Trabalhador e Hospital Evangélico. Nesta etapa, fizeram as adequações necessárias para iniciar a coleta de dados com os profissionais das unidades cirúrgica e clínica cirúrgica dos hospitais mencionados e a busca de informações em prontuários dos pacientes que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos a fim de levantar a ocorrência de algum evento adverso.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram anexados os seguintes documentos:

- Termo de Concordância do Hospital do Trabalhador assinado pelo diretor da instituição;
- Declaração de ciência a respeito do estudo, emitidas pelos responsáveis do Núcleo de Segurança do Paciente das instituições envolvidas;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente adequado as sugestões do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

### **Recomendações:**

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências elencadas no parecer anterior foram atendidas. Sendo assim, a coleta de dados pode iniciar após emissão do parecer final deste Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br





**UFPR - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 1.990.760

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823657.pdf	19/02/2017 14:09:17		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP_HC.pdf	19/02/2017 14:08:31	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	PROJETO_CORRIGIDO.docx	19/02/2017 14:06:35	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_NSP_HT.pdf	19/02/2017 14:02:36	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_NSP_EVANGELICO.pdf	19/02/2017 14:01:38	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_NSP_HC_UFPR.pdf	19/02/2017 13:58:45	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DIRETOR_HT.pdf	19/02/2017 13:55:15	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.pdf	19/02/2017 13:50:07	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOD_FORMULARIOAVALIACAO.pdf	16/11/2016 15:22:08	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOC_CRITERIOSRASTREAMENTO.pdf	16/11/2016 15:21:24	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOB_GLOBALTRIGGERTOOL.pdf	16/11/2016 15:20:30	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOA_QUESTIONARIOHSOPSC.pdf	16/11/2016 15:19:30	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado.docx	16/11/2016 15:16:50	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/11/2016 15:13:01	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	QUALIFICACAO_PESQUISADORES.pdf	16/11/2016 15:11:39	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TermoResponsabilidadePesquisa.pdf	16/11/2016 15:09:34	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARCOMPROMISSOPESQUISADORES.pdf	16/11/2016 15:08:22	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TermoCompromissoUtilizacaoDados.pdf	16/11/2016 15:06:37	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARUSODEDADOS.pdf	16/11/2016 15:04:54	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARTORNARPUBLICOOSRESULT	16/11/2016	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

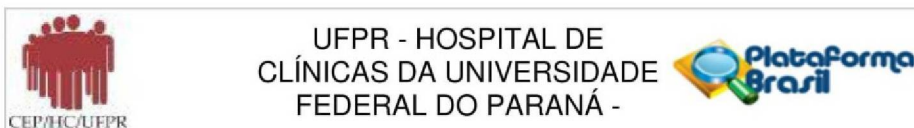
**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br





Continuação do Parecer: 1.990.760

Outros	DOS.pdf	15:03:31	DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	16/11/2016 15:01:51	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHospitalEvangelico.pdf	16/11/2016 14:57:19	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHospitalTrabalhador.pdf	16/11/2016 14:54:10	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHC.pdf	16/11/2016 14:53:06	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARORIENTADORALUNO.pdf	16/11/2016 14:46:55	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTOPESQUISA DORAOCEP.pdf	16/11/2016 14:45:01	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	16/11/2016 14:42:46	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 30 de Março de 2017

---

**Assinado por:**  
**Renato Tambara Filho**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

## ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL B

SOCIEDADE EVANGÉLICA  
BENEFICENTE DE CURITIBA -  
PR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA E OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS CIRÚRGICOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS

**Pesquisador:** ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 62101216.7.3001.0103

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.325.448

#### Apresentação do Projeto:

Pretende-se desenvolver uma pesquisa para avaliar a relação da cultura de segurança e a ocorrência de Eventos Adversos (EA) cirúrgicos em hospitais na cidade de Curitiba, estado Paraná. Conhecer os EA cirúrgicos notificados na instituição e compará-los com os EA cirúrgicos encontrados por meio da técnica de revisão de prontuários permitirá conhecer sua real prevalência, além de relacionar à cultura de segurança dos trabalhadores de saúde que prestam assistência. Esta pesquisa pretende fornecer subsídios para conhecer os resultados da incidência de EAs cirúrgicos, acompanhar a ocorrência destes até um ano após as cirurgias que utilizam materiais de implante, avaliar a relação dos EAs com mortalidade e identificar fatores de risco para sua ocorrência. Tais dados poderão subsidiar a análise das ações institucionais em prol da segurança do paciente, bem como sua comparação com os EA cirúrgicos notificados por meio do sistema hospitalar, o potencial de prevenção e sua gravidade no decorrer do tempo. Os resultados da cultura de segurança serão mensurados por instrumento específico, por meio de dados gerais e por domínios e poderão subsidiar ações com vistas a corrigir fragilidades. A análise da relação entre a cultura de segurança e a ocorrência de EAs em pacientes cirúrgicos poderá somar-se aos resultados de pesquisas internacionais. A comparação entre EA e cultura de segurança e gestão do hospital, permitirá conhecer sua influência na cultura e ocorrência de Evento Adverso.

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770

**Bairro:** Bigorilho

**CEP:** 80.730-000

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3240-5570

**Fax:** (41)3240-5584

**E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

**SOCIEDADE EVANGÉLICA  
BENEFICENTE DE CURITIBA -  
PR**



Continuação do Parecer: 2.325.448

**Metodologia Proposta:**

Pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, sobre a ocorrência de EAs e de suas possíveis causas em hospitais brasileiros e a relação entre cultura de segurança, eventos adversos cirúrgicos e gestão hospitalar. Neste estudo será considerado os dados que possibilitem a avaliação da ocorrência de EAs por meio do método de revisão retrospectiva de prontuários, a partir de um protocolo desenvolvido pelo Canadian Adverse Events Study (CAES), bem como será considerado os dados dos trabalhadores de saúde que prestam assistência à saúde de modo direto ou indireto em centro cirúrgico ou unidades de internação cirúrgicas, por meio de entrevistas e instrumento específico para avaliar a cultura de segurança. Optou-se por essa especialidade haja visto que os procedimentos cirúrgicos estão no ranking das ocorrências de Eventos Adversos (BAKER; NORTON; FLINTOFT et al., 2004; MENDES; MARTINS; ROZENFELD, et al., 2009). A população do estudo está apresentada em dois grupos, considerando-se os dois principais fatores a serem investigados, qual sejam, a cultura de segurança – trabalhadores (grupo 1); e a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos – prontuários de pacientes (grupo 2).

**Critério de Inclusão:**

Os critérios de inclusão serão os profissionais lotados e atuantes nos Centros Cirúrgicos ou Unidades de Internação Cirúrgicas dos hospitais participantes (grupo 1), no período de coleta de dados; com carga horária mínima semanal de trabalho de 20 horas; com contato direto ou interação com pacientes cirúrgicos, e aqueles sem contato direto com o paciente, mas com função de liderança, gerência ou supervisão (AHRQ, 2004).

**Crítérios de Inclusão:**

Para a inclusão da amostra de dados de prontuários dos pacientes cirúrgicos (grupo 2) será considerado o período de (agosto/2014 a setembro 2015) e de (agosto 2016 a setembro 2017) por meio de listagem de pacientes operados emitidas pelos Centros Cirúrgicos dos respectivos hospitais participantes, durante o período de coleta de dados, de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos índice (primeiro procedimento cirúrgico realizado na internação) independentemente de sexo, idade, tipo ou especialidade cirúrgica e tempo de internamento.

**Crítério de Exclusão:**

Serão excluídos da análise os participantes do grupo 1 cujos questionários tiverem menos de 50%

<b>Endereço:</b> Rua Padre Anchieta, 2770		
<b>Bairro:</b> Bigorriho		<b>CEP:</b> 80.730-000
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> CURITIBA	
<b>Telefone:</b> (41)3240-5570	<b>Fax:</b> (41)3240-5584	<b>E-mail:</b> comite.etica@fepar.edu.br

**SOCIEDADE EVANGÉLICA  
BENEFICENTE DE CURITIBA -  
PR**



Continuação do Parecer: 2.325.448

de perguntas preenchidas (sessões A a G) e/ou pelo menos uma seção com todas as perguntas não preenchidas (AHRQ,2004). Serão excluídos do grupo 2 os prontuários de pacientes psiquiátricos e dados de reoperações de cirurgia índice (primeiro procedimento cirúrgico realizado na internação) das internações ocorridas no período de coleta de dados.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Investigar a relação entre cultura de segurança, eventos adversos cirúrgicos e gestão hospitalar

Objetivo Secundário:

- Mensurar a cultura de segurança.- Estimar a prevalência de eventos adversos cirúrgicos- Verificar a associação do score geral e por domínios da cultura de segurança com a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos - Comparar a frequência de eventos adversos notificados e identificados por busca ativa- Monitorar ocorrência de eventos adversos em pacientes submetidos à cirurgias com implante até um ano de pós operatório- Avaliar a relação dos eventos adversos com mortalidade - Comparar a cultura de segurança e a incidência de eventos adversos cirúrgicos com a variável gestão organizacional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Em relação aos trabalhadores (grupo 1), considera-se que o uso de instrumentos pode intervir na variável psicológica. Contudo, os pesquisadores buscarão minimizar desconfortos ou constrangimentos, por meio da não identificação dos participantes, disponibilizando momento e local apropriado à participação e preenchimento do instrumento; e envelope para a sua devolução de forma confidencial. Os materiais para a pesquisa (formulário, caneta e envelope) serão fornecidos aos participantes pelos pesquisadores. Os pesquisadores orientarão os participantes que em caso de algum item do instrumento ou do processo de coleta de dados lhe causar desconforto o mesmo poderá se abster de responder caso lhe seja conveniente e o pesquisador estará disponível para elucidar dúvidas.

Trata-se de riscos mínimos considerando-se não haver intervenção nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos pacientes, uma vez que parte da busca é documental.

Benefícios:

Entre os benefícios da pesquisa destacam-se que os resultados dessa investigação revelarão o diagnóstico situacional referente à cultura de segurança que poderá contribuir para implementação de estratégias de práticas seguras em ambiente hospitalar, incluindo centros cirúrgicos e clínicas cirúrgicas, relevantes na área da saúde e na promoção da cultura de segurança

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770

**Bairro:** Bigorriho

**CEP:** 80.730-000

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3240-5570

**Fax:** (41)3240-5584

**E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

**SOCIEDADE EVANGÉLICA  
BENEFICENTE DE CURITIBA -  
PR**



Continuação do Parecer: 2.325.448

e qualidade do cuidado conforme recomendações da OMS e diretrizes nacionais. Os resultados ainda servirão de substrato para futuras análises relacionados a cultura de segurança do paciente em ambiente cirúrgico e eventos adversos em outros estabelecimentos de saúde brasileiro.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Justificativa da Emenda:

Tendo em vista que o referido projeto não foi replicado para o Comitê de Ética do Hospital do Trabalhador (SESA -Pr), devido ao erro no número do CNPJ fornecido no momento da submissão, solicitamos autorização desta emenda, para que o projeto possa ser avaliado pela referida instituição co-participante. Salientamos que os documentos com a autorização do Diretor Médico do Hospital do Trabalhador e do Núcleo de Segurança já estavam anexados desde o início desta submissão, a qual já foi autorizada pelo CEP das demais instituições participantes. Neste sentido, foi incluído na plataforma Brasil, o número correto do CNPJ do Hospital do Trabalhador, conforme orientação do CEP-HT (CNPJ 76416866/0001-40).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_974453 E1.pdf	16/08/2017 12:15:19		Aceito
Declaração de Pesquisadores	EMENDA_03.pdf	16/08/2017 12:14:27	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP_HC.pdf	19/02/2017 14:08:31	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	PROJETO_CORRIGIDO.docx	19/02/2017 14:06:35	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770  
**Bairro:** Bigorriho **CEP:** 80.730-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br



**SOCIEDADE EVANGÉLICA  
BENEFICENTE DE CURITIBA -  
PR**



Continuação do Parecer: 2.325.448

Outros	DECLARACAO_NSP_HT.pdf	19/02/2017 14:02:36	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_NSP_EVANGELICO.pdf	19/02/2017 14:01:38	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_NSP_HC_UFPR.pdf	19/02/2017 13:58:45	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DIRETOR_HT.pdf	19/02/2017 13:55:15	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.pdf	19/02/2017 13:50:07	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOD_FORMULARIOAVALIACAO.pdf	16/11/2016 15:22:08	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOC_CRITERIOSRASTREAMENTO.pdf	16/11/2016 15:21:24	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOB_GLOBALTRIGGERTOOL.pdf	16/11/2016 15:20:30	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOA_QUESTIONARIOHSOPSC.pdf	16/11/2016 15:19:30	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado.docx	16/11/2016 15:16:50	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/11/2016 15:13:01	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	QUALIFICACAO_PESQUISADORES.pdf	16/11/2016 15:11:39	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TermoResponsabilidadePesquisa.pdf	16/11/2016 15:09:34	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARCOMPROMISSOPESQUISADORES.pdf	16/11/2016 15:08:22	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TermoCompromissoUtilizacaoDados.pdf	16/11/2016 15:06:37	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARUSODEDADOS.pdf	16/11/2016 15:04:54	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARTORNARPUBLICOOSRESULTADOS.pdf	16/11/2016 15:03:31	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	16/11/2016 15:01:51	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHospitalEvangelico.pdf	16/11/2016 14:57:19	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHospitalTrabalhador.pdf	16/11/2016 14:54:10	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHC.pdf	16/11/2016 14:53:06	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770  
**Bairro:** Bigorriho **CEP:** 80.730-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

**SOCIEDADE EVANGÉLICA  
BENEFICENTE DE CURITIBA -  
PR**



Continuação do Parecer: 2.325.448

Outros	DECLARORIENTADORALUNO.pdf	16/11/2016 14:46:55	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTOPESQUISA DORAOCEP.pdf	16/11/2016 14:45:01	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	16/11/2016 14:42:46	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

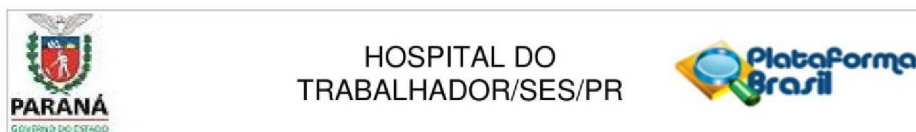
CURITIBA, 10 de Outubro de 2017

---

**Assinado por:**  
**JURANDIR MARCONDES RIBAS FILHO**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770  
**Bairro:** Bigorriho **CEP:** 80.730-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

## ANEXO D – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL C



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA E OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS CIRÚRGICOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS

**Pesquisador:** ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 62101216.7.3002.5225

**Instituição Proponente:** secretaria de estado da saúde do parana

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.367.592

#### Apresentação do Projeto:

Apresentação de Emenda para correção do número de Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas de um dos centros coparticipantes.

#### Objetivo da Pesquisa:

Alteração do número de Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Hospital do Trabalhador

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta risco

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse público que obedece os critérios éticos em pesquisa.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a declaração de concordância assinada pela Direção Técnica do Hospital do Trabalhador autorizando a pesquisa.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovada para continuidade e solicitamos que seja protocolado a conclusão desta pesquisa.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

**Endereço:** Secretaria da Saúde Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300  
**Bairro:** Rebouças **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br





## HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 2.367.592

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_974453 E1.pdf	16/08/2017 12:15:19		Aceito
Declaração de Pesquisadores	EMENDA_03.pdf	16/08/2017 12:14:27	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_974453 E1.pdf	07/08/2017 15:30:26		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP_HC.pdf	19/02/2017 14:08:31	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	PROJETO_CORRIGIDO.docx	19/02/2017 14:06:35	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_NSP_HT.pdf	19/02/2017 14:02:36	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_NSP_EVANGELICO.pdf	19/02/2017 14:01:38	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_NSP_HC_UFPR.pdf	19/02/2017 13:58:45	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DIRETOR_HT.pdf	19/02/2017 13:55:15	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.pdf	19/02/2017 13:50:07	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOD_FORMULARIOAVALIACAO.pdf	16/11/2016 15:22:08	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOC_CRITERIOSRASTREAMENTO.pdf	16/11/2016 15:21:24	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOB_GLOBALTRIGGERTOOL.pdf	16/11/2016 15:20:30	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOA_QUESTIONARIOHSOPSC.pdf	16/11/2016 15:19:30	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado.docx	16/11/2016 15:16:50	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/11/2016 15:13:01	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	QUALIFICACAO_PESQUISADORES.pdf	16/11/2016 15:11:39	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TermoResponsabilidadePesquisa.pdf	16/11/2016 15:09:34	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARCOMPROMISSOPESQUISADORES.pdf	16/11/2016 15:08:22	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TermoCompromissoUtilizacaoDados.	16/11/2016	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

**Endereço:** Secretaria da Saúde Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300  
**Bairro:** Rebouças **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



## HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 2.367.592

Outros	pdf	15:06:37	DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARUSODEDADOS.pdf	16/11/2016 15:04:54	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARTORNARPUBLICOOSRESULT ADOS.pdf	16/11/2016 15:03:31	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	16/11/2016 15:01:51	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHospitalEvangelico.pdf	16/11/2016 14:57:19	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHospitalTrabalhador.pdf	16/11/2016 14:54:10	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHC.pdf	16/11/2016 14:53:06	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARORIENTADORALUNO.pdf	16/11/2016 14:46:55	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTOPESQUISA DORAOCEP.pdf	16/11/2016 14:45:01	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	16/11/2016 14:42:46	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

### Situação do Parecer:

Aprovado

### Necessita Apreciação da CONEP:

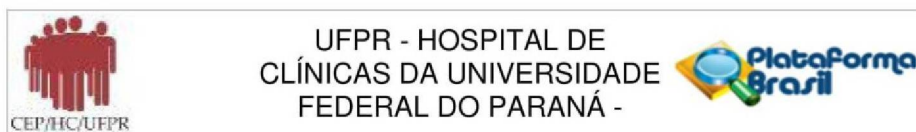
Não

CURITIBA, 06 de Novembro de 2017

Assinado por:  
silvania klug pimentel  
(Coordenador)

**Endereço:** Secretaria da Saúde Rua Piquiri 170 - Rebouças - 80230-140 - Curitiba - PR 41 3330-4300  
**Bairro:** Rebouças **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br

## ANEXO E – PARECER EMENDA INCLUSÃO DE PESQUISADOR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA E OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS CIRÚRGICOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS

**Pesquisador:** ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 62101216.7.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.927.574

#### Apresentação do Projeto:

Apresentação de Emenda.

#### Objetivo da Pesquisa:

Inclusão de novo pesquisador.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações ao projeto já aprovado.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inclusão da Mestranda Evelyn da Costa Martins Silva Lopez, como pesquisadora colaboradora ao projeto.

#### Justificativa da Emenda:

Notificação para inclusão de assistente de pesquisa, a mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná: EVELYN DA COSTA MARTINS SILVA LOPEZ.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

#### Recomendações:

Não se aplica.

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

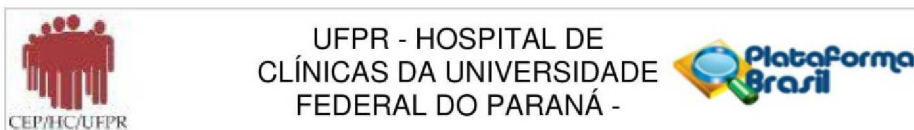
**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.927.574

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Emenda.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

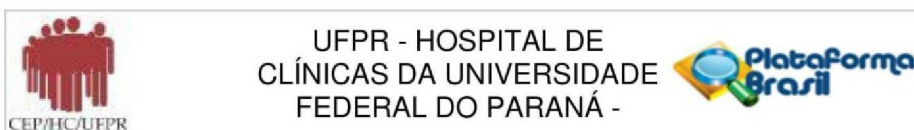
É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1098995_E2.pdf	15/05/2018 11:44:52		Aceito
Outros	Inclusao_Pesquisador_2018.pdf	15/05/2018 11:43:17	FRANCINE TAPOROSKY ALPENDRE	Aceito
Outros	Inclusao_Pesquisador.pdf	12/04/2018 21:05:34	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EMENDA_03.pdf	16/08/2017 12:14:27	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP_HC.pdf	19/02/2017 14:08:31	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	PROJETO_CORRIGIDO.docx	19/02/2017 14:06:35	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_NSP_HT.pdf	19/02/2017 14:02:36	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_NSP_EVANGELICO.pdf	19/02/2017 14:01:38	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_NSP_HC_UFPR.pdf	19/02/2017 13:58:45	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DIRETOR_HT.pdf	19/02/2017 13:55:15	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

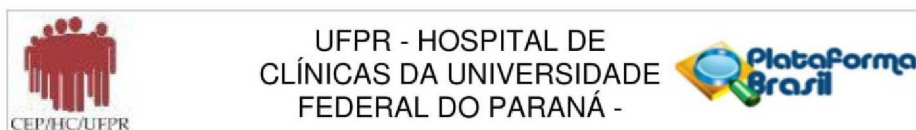




Continuação do Parecer: 2.927.574

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.pdf	19/02/2017 13:50:07	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOD_FORMULARIOAVALIACAO.pdf	16/11/2016 15:22:08	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOC_CRITERIOSRASTREAMENTO.pdf	16/11/2016 15:21:24	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOB_GLOBALTRIGGERTOOL.pdf	16/11/2016 15:20:30	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ANEXOA_QUESTIONARIOHSOPSC.pdf	16/11/2016 15:19:30	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado.docx	16/11/2016 15:16:50	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/11/2016 15:13:01	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	QUALIFICACAO_PESQUISADORES.pdf	16/11/2016 15:11:39	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TermoResponsabilidadePesquisa.pdf	16/11/2016 15:09:34	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARCOMPROMISSOPESQUISADORES.pdf	16/11/2016 15:08:22	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TermoCompromissoUtilizacaoDados.pdf	16/11/2016 15:06:37	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARUSODEDADOS.pdf	16/11/2016 15:04:54	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARTORNARPUBLICOOSRESULTADOS.pdf	16/11/2016 15:03:31	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	16/11/2016 15:01:51	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHospitalEvangelico.pdf	16/11/2016 14:57:19	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHospitalTrabalhador.pdf	16/11/2016 14:54:10	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ConcordanciaHC.pdf	16/11/2016 14:53:06	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	DECLARORIENTADORALUNO.pdf	16/11/2016 14:46:55	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTOPESQUISADORAOCEP.pdf	16/11/2016 14:45:01	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	16/11/2016 14:42:46	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.927.574

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

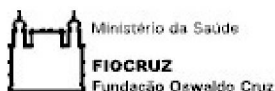
CURITIBA, 29 de Setembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**maria cristina sartor**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

## ANEXO F - QUESTIONÁRIO HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE – HSOPSC



### Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)

#### Instruções

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida. Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

*Um "Evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.*

*"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou EAs aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.*

#### SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

<input type="checkbox"/> a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> h. Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> b. Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> i. Reabilitação
<input type="checkbox"/> c. Cirurgia	<input type="checkbox"/> j. Farmácia
<input type="checkbox"/> d. Obstetrícia	<input type="checkbox"/> k. Laboratório
<input type="checkbox"/> e. Pediatria	<input type="checkbox"/> l. Radiologia
<input type="checkbox"/> f. Setor de Emergência	<input type="checkbox"/> m. Anestesiologia
<input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	<input type="checkbox"/> n. Outra, por favor, especifique: .....

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho (continuação)**

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe**

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO C: Comunicação** Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?



Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros seguintes, *com que frequência eles são notificados?*

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é <u>percebido e corrigido antes de afetar o paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas <u>não há risco de dano ao paciente</u> , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que <u>poderia causar danos ao paciente</u> , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente** Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

☐ A      ☐ B      ☐ C      ☐ D      ☐ E  
 Excelente      Muito boa      Regular      Ruim      Muito Ruim

**SEÇÃO F: O seu hospital** Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)**

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum EA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**SEÇÃO G: Número de eventos notificados** Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

- ☐ a. Nenhuma notificação      ☐ d. 6 a 10 notificações  
☐ b. 1 a 2 notificações      ☐ e. 11 a 20 notificações  
☐ c. 3 a 5 notificações      ☐ f. 21 notificações ou mais

**SEÇÃO H: Informações gerais**

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- ☐ a. Menos de 1 ano      ☐ d. 11 a 15 anos  
☐ b. 1 a 5 anos      ☐ e. 16 a 20 anos  
☐ c. 6 a 10 anos      ☐ f. 21 anos ou mais

2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

- ☐ a. Menos de 1 ano      ☐ d. 11 a 15 anos  
☐ b. 1 a 5 anos      ☐ e. 16 a 20 anos  
☐ c. 6 a 10 anos      ☐ f. 21 anos ou mais

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- ☐ a. Menos de 20 horas por semana      ☐ d. 60 a 79 horas por semana  
☐ b. 20 a 39 horas por semana      ☐ e. 80 a 99 horas por semana  
☐ c. 40 a 59 horas por semana      ☐ f. 100 horas por semana ou mais

**SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)**

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- ☐ a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente ☐ b. Médico Residente/ Médico em Treinamento ☐ c. Enfermeiro
- ☐ d. Técnico de Enfermagem ☐ e. Auxiliar de Enfermagem ☐ f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico ☐ g. Odontólogo
- ☐ h. Nutricionista ☐ i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo ☐ j. Psicólogo
- ☐ k. Assistente Social ☐ l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia) ☐ m. Administração/Direção
- ☐ n. Auxiliar Administrativo/Secretário ☐ o. Outro, especifique \_\_\_\_\_

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

- ☐ a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
- ☐ b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | <input type="checkbox"/> e. Ensino Superior Incompleto                  |
| <input type="checkbox"/> b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo   | <input type="checkbox"/> f. Ensino Superior Completo                    |
| <input type="checkbox"/> c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto   | <input type="checkbox"/> g. Pós-graduação (Nível Especialização)        |
| <input type="checkbox"/> d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo     | <input type="checkbox"/> h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

9. Indique o seu sexo:

- ☐ a. Feminino ☐ b. Masculino

**SEÇÃO I: Seus comentários**

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso)

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.